UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE

AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO ESTADUAL AO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

GEORGIA KERLEY DA SILVA

São Paulo
2016

Georgia Kerley da Silva

AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO ESTADUAL AO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

ASSESSMENT OF THE ADHERENCE OF A STATE PUBLIC HOSPITAL TO THE NATIONAL PATIENT SAFETY PROGRAM

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração: Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientador: Prof. (a) Dr.(a) Márcia Cristina Zago Novaretti

São Paulo

2016

Silva, Georgia Kerley da.

Avaliação da aderência de um hospital público estadual ao programa nacional de segurança do paciente. / Georgia Kerley da Silva. 2016.

120 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2016.

Orientador (a): Profa. Dra. Márcia Cristina Zago Novaretti.

1. Segurança do paciente. 2. Qualidade. 3. Gestão hospitalar. 4. Saúde pública. 5. Evento adverso
I. Novaretti, Márcia Cristina Zago. II. Titulo.

CDU 658:616

GEORGIA KERLEY DA SILVA

AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO ESTADUAL AO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho — UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração — Gestão em Sistemas de Saúde.

Profa. Dra. M in tt – UNINOVE
areia Crist a Zago Novare — Universidade Nove de Julho

Prof. Dr. Marcelo Caldeira Pe oso — Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade — (FEA/USP)

Prof. Dr. Olimpio Jose Nogueira Viana Bittar — Universidade Nove de Julho — UNINOVE

Profa. Dra. Katia Grillo Padilha — Pontifícia Universidade Católica de São Paulo — PUC/SP (Suplente)

Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa — Universidade Nove de Julho — UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 12 de dezembro de 2016.

RESUMO

A saúde no Brasil tem passado por transformações nas últimas décadas, dado o crescimento da população e ao aumento da consciência em cobrar serviços que ofereçam qualidade. Entretanto, embora tenha havido mudanças positivas e consideráveis na área, as falhas na segurança do paciente têm emergido como uma prioridade na saúde global, uma vez que pode causar elevada morbidade e mortalidade, além de poder aumentar os dias de internação e os custos hospitalares. Em 2013, foi publicado o Programa Nacional de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde com o propósito de aprimorar a qualificação da assistência e mitigar e previnir as falhas relacionadas à segurança do paciente em todos os estabelecimentos de saúde do Brasil. O objetivo deste estudo foi avaliar a aderência de um hospital público de São Paulo ao Programa Nacional de Segurança do Paciente e mediante ao diagnóstico encontrado, propor melhorias para reduzir possíveis falhas na assistência. A abordagem adotada foi um estudo de caso, como técnica de coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os gestores da unidade hospitalar pesquisada e para analisar os dados, foi utilizada a plataforma eletrônica survey monkey. Dos 43 participantes, 100% responderam à pesquisa, 76,7% trabalhavam há mais de 10 anos no hospital e 70% possuíam nível de especialização ou pós-graduação, contudo, foi possível observar que mesmo com um bom nível de escolaridade e algumas ações isoladas relacionadas à segurança do paciente, os conceitos fundamentais sobre segurança do paciente e os protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente não estavam disseminados no hospital pesquisado demonstrando uma carência de ações e de treinamento no hospital participante desta pesquisa. Constatou-se também que o evento adverso é o tipo de incidente mais reconhecido como incidente de segurança (71,2%), enquanto que outros tipos de incidentes foram identificados por uma parcela reduzida dos respondentes como incidentes de segurança. Esses dados, permitem concluir que há subnotificação de incidentes de segurança no hospital, uma vez que os gestores não foram capazes de identificá-los em sua totalidade, além de que, quando uma falha é notificada, a investigação e a divulgação de ações corretivas não são feitas em todos os casos. Enfim, a aderência do hospital participante ao PNSP é incipiente e, em parte explicada pela falta de medidas educativas continuadas e de discussão dessa temática entre gestores. Como contribuição para a prática foram mapeados os processos de segurança de acordo com o PNSP para sugestão de implantação na unidade, além de sugestões para treinamento dos colaboradores e para o monitoramento de desempenho.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Qualidade, Gestão Hospitalar, Saúde Pública, Evento Adverso.

ABSTRACT

Healthcare in Brazil has undergone significant upgrade in the last decades, due to population growth and the increase in the awareness of getting high quality services. However, while there have been positive and considerable changes in the healthcare area, failures in patient safety have emerged as a priority in global health, as they can cause high morbidity and mortality, and can increase hospitalization days and costs. In 2013, the National Patient Safety Plan was published by the Ministry of Health with the purpose of improving the qualification of care in all health facilities in Brazil. The majority of patient safety incidents are preventable. Consequently, their detection and prevention by hospital organizations should be be sought to increase efficiency in health systems. The purpose of this study was to evaluate the adherence of a public hospital in São Paulo to the National Patient Safety Program and, therefore to propose improvements to reduce possible failures in healthcare. The approach adopted was a case study. We used semi-structured interviews with the managers of the participant hospital for data collection followed by analysis using an electronic platform (Survey Monkey®). All health managers invited (n=43) participated in the study. Of these 76.7% have been working in the participant hospital for more than 10 years and 70% had a specialization or postgraduate level. However, it was possible to observe that the fundamental concepts about patient safety and protocols of the National Patient Safety Program were not disseminated in the hospital under investigation. There was also lack of actions and training in the hospital evaluated. We also observed that adverse event is the most recognized patient safety incident (71.2%), while other types of incidents were identified by a small number of respondents. These data allow us to conclude that there is underreporting of patient safety incidents in the hospital under study, since the managers were not able to completly identifying them. Whenever a failure is reported, investigation and disclosure of corrective actions are not made in all cases. Finally, the adherence of the participating hospital to the PNSS is incipient and partly explained by the lack of continuous educational measures and the discussion of this issue among managers. As a contribution to the practice, main patient safety processes were mapped according to the National Patient Safety Plan for implementation in the unit evaluated as well as suggestions for staff training and for performance monitoring.

Key words: Patient Safety, Quality, Hospital Management, Public Health, Adverse Event.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus pela força e coragem, senão fosse Vossa presença eu não teria conseguido. A meu pai que nesses dois anos, assim como tem feito em todos os outros, cuidou do meu filho amado possibilitando minha ausência. A minha doce mãe pelo incentivo e carinho. Ao meu pequeno príncipe que tanto sentiu minha falta e que tanto pediu por mim, e esperou ansioso por esse momento, a minha Professora Dr.ª Márcia Novaretti que foi minha maior incentivadora, um verdadeiro anjo que apareceu em minha vida, nunca deixando de acreditar em mim, mesmo naqueles momentos em que eu estava desmotivada. A todos os professores da UNINOVE, que por meio deles, pude conhecer um mundo que não imaginava existir, aos meus colegas do Complexo Hospitalar do Mandaqui, porque senão fosse por eles, eu nem teria tido conhecimento do curso. A minha amiga Sueli, que me ajudou e incentivou tantas vezes. À Diretoria do Hospital pesquisado e em especial à Rosana e ao Carlos que se colocaram à disposição para qualquer coisa que eu necessitasse, aos meus colegas de sala, que juntos produzimos tanto conhecimento e partimos tantas alegrias.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Exemplos de questões que precisam ser investigados para reduzir os danos causados aos pacientes.

Figura 2: Conceitos Chaves para a Segurança do Paciente.

Figura 3 – Áreas de ação do Programa Segurança do Paciente da OMS.

Figura 4: Resumo dos protocolos básicos de segurança que devem ser utilizados por todos os estabelecimentos de saúde do País.

Figura 5: Promoção da cultura de segurança do e paciente.

Figura 6: Cinco abordagens da qualidade por Garvin.

Figura 7: Gurus e suas definições de qualidade.

Figura 8: As definições de metas da qualidade

Figura 9: Sete atributos da qualidade

Figura 10: Pressupostos da pesquisa

Figura 11: Etapas da investigação de uma pesquisa

Figura 12: Polarização teórica do estudo.

Figura 13: Entrevistados

Figura 14: Processo de Identificação do Paciente

Figura 15: Marcação da lateralidade

Figura 16: Lista de Verificação para Cirurgia Segura

Figura 17: Higienização das mãos

Figura 18: Prescrição segura de medicamentos

Figura 19: Nove certos para a administração segura de medicamentos

Figura 20: Prevenção de quedas

Figura 21: Prevenção de UPP

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos participantes (n=43) segundo características demográficas.

Tabela 2. Distribuição das respostas dos gestores do hospital participante do estudo quanto ao seu conhecimento sobre segurança do paciente.

Tabela 3. Distribuição das respostas dos gestores do hospital participante do estudo quanto ao conhecimento sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Tabela 4. Distribuição das respostas dos gestores quanto ao desenvolvimento de ações que promovam a segurança do paciente no hospital pesquisado.

Tabela 5. Distribuição das respostas dos gestores quanto à visita da gestão de risco do hospital participante a cada área dos gestores para explanar sobre segurança do paciente.

Tabela 6. Distribuição das respostas dos gestores quanto a reunião com outros gestores do hospital participante sobre segurança do paciente.

Tabela 7. Distribuição das respostas dos gestores quanto ao conhecimento sobre os tipos dos incidentes de segurança do paciente, conforme OMS (2009)*

Tabela 8. Distribuição das respostas dos gestores quanto à frequência de notificação de uma falha na segurança do paciente ser percebida e corrigida antes de afetar o paciente.

Tabela 9. Distribuição das respostas dos gestores quanto à frequência de notificação de uma falha na segurança do paciente quando não há risco de dano ao paciente.

Tabela 10. Distribuição das respostas dos gestores quanto à frequência de notificação de uma falha na segurança do paciente quando ocorre uma falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa.

Tabela 11. Distribuição das respostas dos gestores quanto à frequência de investigação de uma falha na segurança do paciente quando notificada.

Tabela 12. Distribuição das respostas dos gestores em relação às medidas que são implementadas para evitar que reincidência de falhas na segurança de pacientes no hospital pesquisado.

Tabela 13. Distribuição das respostas dos gestores quanto à divulgação das mudanças implementadas para melhorar a segurança do pacientes no relatório mensal de eventos adversos ocorridos no hospital participante deste estudo.

Tabela 14 – Distribuição das respostas dos gestores quanto à implantação da Identificação Segura do Paciente no hospital participante deste estudo.

Tabela 15. Distribuição das respostas dos gestores quanto à identificação imediata do Paciente no hospital participante deste estudo.

Tabela 16. Distribuição das respostas dos gestores quanto à percepção de que a pulseira de identificação do paciente é um diferencial positivo para a segurança do paciente.

Tabela 17. Distribuição das respostas dos gestores quanto ao conteúdo sempre correto das pulseiras de identificação e etiquetas dos pacientes.

Tabela 18. Distribuição das respostas quanto disponibilidade das pulseiras e etiquetas de identificação do paciente:

Tabela 19. Distribuição das respostas quanto à capacitação para a correta identificação do paciente.

Tabela 20. Distribuição das respostas para verificar se existe a confirmação da identidade do paciente antes do processo do cuidado.

Tabela 21. Distribuição das respostas para verificar se existe a comunicação a um superior caso o colaborador perceba que tem algo de errado com a pulseira de identificação ou se, esta, encontra-se ausente.

Tabela 22. Distribuição das respostas quanto à participação dos pacientes e acompanhantes no processo de identificação.

Tabela 23. Distribuição das respostas quanto à implantação da prática correta higienização das mãos

Tabela 24. Distribuição das respostas quanto ao treinamento para higienizar as mãos adequadamente.

Tabela 25. Distribuição das respostas quanto à higienização das mãos antes de manter contato com o paciente.

Tabela 26. Distribuição das respostas quanto à implantação da prática para realização de cirurgia segura.

Tabela 27. Distribuição das respostas quanto à realização da lista de verificação de cirurgia segura antes, durante e depois da cirurgia.

Tabela 28. Distribuição das respostas quanto à realização da marcação de lateralidade.

Tabela 29. Distribuição das respostas quanto ao estímulo do paciente quanto à participação na marcação da lateralidade?

Tabela 30. Distribuição das respostas quanto ao treinamento para realização da lista de verificação para a cirurgia segura.

Tabela 31. Distribuição das respostas quanto à implantação da prática para administração segura de medicamentos.

Tabela 32. Distribuição das respostas quanto treinamento sobre segurança na prescrição e uso de administração de medicamentos.

Tabela 33. Distribuição das respostas quanto à implantação de medidas para evitar quedas dos pacientes.

Tabela 34. Distribuição das respostas quanto ao ambiente físico (barras em banheiros, escada com corrimãos, fita ante derrapantes e placas de informação) que propiciam a prevenção de quedas.

Tabela 35. Distribuição das respostas quanto à orientação aos acompanhantes dos pacientes para avisarem quando saem de perto do paciente.

Tabela 36. Distribuição das respostas quanto à orientação aos acompanhantes e pacientes a manter as grades das camas elevadas?

Tabela 37. Distribuição das respostas quanto ao treinamento para prevenção de quedas do paciente.

Tabela 38. Distribuição das respostas quanto à implantação de medidas para evitar as úlceras por pressão em pacientes.

Tabela 39. Distribuição das respostas quanto à admissão dos pacientes e a verificação de riscos potenciais para desenvolvimento da úlcera por pressão?

Tabela 40. Distribuição das respostas quanto ao treinamento para prevenção de úlceras por pressão.

LISTA DE SIGLAS

ABPMP – *Association of Business Process Management Professional*

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAC - Colégio Americano de Cirurgiões

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

EAs – Evento Adversos

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IOM - *Institute of Medicine*

JCAH - *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*

MS - Ministério da Saúde

OMS – Organización Mundial de la Salud

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PPH - Programa de Padronização Hospitalar

PSP – Programa Segurança do Paciente

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

REBRAENP- Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética

SES - Secretária Estadual da Saúde de São Paulo

SOBENFEE - Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPP – Úlcera por pressão

VIGIPOS – Vigilância de Eventos Adversos e de Queixas Técnicas de Produtos Sob Vigilância Sanitária

WHO- World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 16
1.1. APRESENTAÇÃO..... 16
1.2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA..... 19
1.3. QUESTÃO PRINCIPAL DE PESQUISA..... 20
1.4. OBJETIVOS DA PESQUISA..... 21
1.4.1. Objetivo Geral..... 21
1.4.2. Objetivos Específicos..... 21
1.5. RELEVÂNCIA DO TEMA E JUSTIFICATIVA..... 21
1.6. ESTRUTURA DO TRABALHO..... 23
2. REFERENCIAL TEÓRICO..... 24
2.1. Segurança do Paciente..... 24
2.1.1 Programa Nacional de Segurança do Paciente..... 31
2.1.2. Cultura da Segurança do Paciente..... 35
2.2 Qualidade..... 38
2.3. Gestão Hospitalar..... 44
2.4. Elaborando Pressupostos..... 48
3. MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA..... 50
3.1. Desenho Geral do Estudo..... 52
3.2. Delineamento da Pesquisa..... 54
3.3. Cenário e Contexto de Estudo..... 55
3.4. Aprovação do Comitê de Ética..... 56
3.5. Procedimento de Coleta de Dados 56
3.6. Procedimento e Análise de Dados..... 59
3.7. Limitações da Pesquisa..... 60
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS..... 60
4.1 Discussão dos resultados..... 78
5. CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA..... 85
5.1. Identificação do Paciente..... 85
5.2. Cirurgia Segura..... 86

5.3. Higienização das Mãos..... 89
5.4. Prescrição Segura e Uso e Administração de Medicamentos..... 90
5.5. Prevenção de Quedas..... 91
5.6. Prevenção de Úlcera por Pressão..... 92

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES..... 93

REFERÊNCIAS..... 94
APÊNDICE..... 113

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Os desafios para um gestor público na área da saúde têm aumentado nas últimas décadas, dado o crescimento e a expectativa da população em receber um atendimento digno e de qualidade (Damásio, 2013).

No Brasil, embora tenha havido avanços consideráveis com a criação de diversos programas na saúde, ainda existem questões a serem solucionadas, tais como:a grande demanda na procura por serviços de saúde frente a escassez de oferta, além de problemas com custos e qualidade no atendimento (Damásio, 2013).

As estratégias lançadas nos últimos vinte anos para tentar amenizar a superlotação nos hospitais brasileiros não foram suficientes em razão da inexistência de uma adequada articulação dos sistemas de referência/contra referência e de equipamentos de atenção primária, muito embora, programas para as doenças mais prevalentes no Brasil tenham sido publicados pelo governo federal (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, &Macinko, 2011).

Apesar de constar 296.062 estabelecimentos de saúde no Brasil, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em consulta feita em 11 de novembro de 2016, tem havido uma redução do número de leitos hospitalares no Brasil, desde 1999. Entre 1999 e 2009 essa redução foi de aproximadamente 26,6% (CNES, 2106; Mendes, Sá, Miranda, Lyra, & Tavares, 2012).

Atualmente, há 5.092 hospitais gerais que ofertam 238.843 leitos por todo o país. O Estado de São Paulo dispõe de 732 hospitais gerais com 39.836 leitos ativos do Sistema Único de Saúde [SUS] o que corresponde a 16,67% do total de hospitais e de leitos hospitalares oferecidos pelo SUS no país. O município de São Paulo tem 147 hospitais gerais contendo 10.969 leitos ativos do SUS (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [CNES], 2016). Baseado nessas informações, pode-se verificar a distribuição assimétrica e insuficiente de leitos hospitalares no país.

De acordo com a última pesquisa nacional de saúde realizada, no ano de 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], a população brasileira foi estimada em 200,6 milhões de pessoas das quais 71,2%, ou seja, 142,8 milhões de pessoas consultaram-se com um médico nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, e revelou também que 6% (12,1

milhões) ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais no mesmo período, 65,7% destas internações foram por meio do Sistema Único de Saúde [SUS], (IBGE, 2015).

Já no ano de 2015 os hospitais do município de São Paulo internaram 576.808 pacientes somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a despesa per capita na grande São Paulo com saúde foi de R$ 785,53 para o mesmo período (Secretária Estadual da Saúde de São Paulo [SES], 2016).

A saúde no Brasil, além da grande demanda, recebe uma influência proporcional ao envelhecimento da população, à modificação dos padrões de morbimortalidade, aos avanços tecnológicos médicos que encarecem os serviços, aos fatores socioeconômicos culturais relativos ao consumo de produtos médicos e da própria universalização das políticas de assistência criadas pelo próprio SUS (Almeida & Zanni, 2011). Concomitante a essas dificuldades, há outra, recorrente e polêmica que acarreta em prejuízo tanto financeiro, quanto ao paciente: as falhas decorrentes da assistência prestada.

Historicamente, estudos que demonstram os problemas relacionados à segurança do paciente e qual seu impacto na assistência e para as organizações de saúde vem há muito sendo conduzidos. No século XIX, pioneiros como Dr. Ignaz Semmlweis (médico húngaro) e Florence Nightingale (enfermeira britânica de origem italiana), descobriam e praticavam ações para melhorar questões de salubridade e segurança dos pacientes internados; o primeiro, reduzindo a incidência de febre puerperal com a simples prática de higienizar as mãos e a segunda, contribuindo para a redução da mortalidade dos soldados na guerra da Criméia, segregando-os conforme a gravidade de seus estados clínicos, além de também, melhorar as condições de higiene do local (Garcia & Cabral, 2010; Thorwald, 2011).

Já no início do século XX, o Dr. Ernest Codman, médico americano que tinha grande preocupação com os resultados e melhoria dos tratamentos empregados, precursor no registro de acompanhamento de pacientes, realizou um estudo entre 1911 e 1916 em 337 pacientes internados tendo encontrado 123 erros resultantes de falta de habilidade, de conhecimento, diagnóstico incorreto, dentre outros (Neuhauser, 2002).

Mais de 80 anos depois, em 1999, com a publicação do relatório intitulado *To err is human* pelo *Institute of Medicine [IOM*] estimando que somente nos EUA, entre 44 a 98 mil óbitos anuais eram causados por eventos adversos [EAs] superando aqueles causados pelo câncer de mama, HIV e atropelamentos, é que houve uma mobilização mundial, no sentido de

maximizar a qualidade nas questões relacionadas à segurança do paciente (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999).

Na Europa foi realizado um estudo semelhante ao publicado pelo IOM em 1999, com grande tamanho amostral, que envolveu a revisão de prontuários de 74.485 pacientes, e o resultado foi alarmante, porque os autores concluíram que um em cada dez pacientes sofreram algum tipo de dano durante a internação hospitalar. Esses pesquisadores demonstraram que 7,4% das falhas resultaram em óbitos e que um número considerável (43,5%) dos eventos adversos poderiam ter sido evitado (De Vries, Ramrattan, Smorenburg, Gouma, & Boermeester, 2008).

No Brasil, uma pesquisa realizada em 2010 em que foram analisados 622 prontuários de pacientes internados em dois hospitais da cidade do Rio de Janeiro, mostrou que 6,3% dos pacientes sofreu algum tipo de EA. Desse total, 64,1% foram classificados como evitáveis e o tempo médio de internação para esses pacientes foi 28,3% superior quando comparado aqueles que não sofreram EAs. Os autores concluíram ainda, que o valor médio pago pelo atendimento aos pacientes que sofreram danos foi 200,5% superior aos que não apresentaram EAs (Porto, Martins, Mendes, & Travassos, 2010).

Ao longo dos últimos cem anos, os estudos supracitados dentre outros demonstram que embora tenha havido um avanço nos conhecimentos científicos e uma revolução tecnológica na medicina, as falhas na segurança do paciente, com um percentual variável de incidentes evitáveis, continuam acontecendo no Brasil e em países desenvolvidos, de modo que estratégias bem planejadas são fundamentais para saná-las, para aumentar a eficiência da assistência e da gestão em saúde.

Em vários hospitais brasileiros persistem modelos de gestão envolvidos por uma cultura médica que tradicionalmente considera o profissional médico como o centro do processo na assistência ao paciente, apresentando contínua falta de definição de rotinas e de competência profissional, corroborando para que haja erros nos processos de atenção que poderiam ser evitados na maioria dos casos, dificultando, portanto, a implantação de processos seguros (Waldman, Traverzim, Novaretti, 2015).

A instituição hospitalar que busca o aprimoramento das atividades que envolvem a segurança do paciente deve ter a compreensão da complexidade que envolve este tipo de organização, deixando claro quais atitudes serão suportadas, recompensadas e esperadas no

tratamento com o paciente, e assim planificar estratégias e aperfeiçoar seus processos para o alcance da efetividade e qualidade de seus serviços (Paese & Sasso, 2013).

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Embora as organizações hospitalares se esforcem para que não haja a ocorrência de erros, as falhas são um fato e podem advir em diversas etapas da assistência, contradizendo a ideia de profissionais perfeitos e plena assistência (Quinto, 2008). Além disso, apesar da implantação de melhorias para tentar desenvolver e/ou aperfeiçoar a segurança do paciente, falhas humanas estarão sempre presentes e na grande maioria das vezes, serão motivos de grande incompreensão e comoção social.

A dificuldade desta compreensão sobre o erro, pode provocar no profissional, transtornos psicológicos originados por sentimentos de vergonha, culpa e medo, em razão da forte cultura punitiva ainda existente em algumas instituições, e para as organizações, a manutenção do erro com consequências médico-legais e até mesmo prejuízo financeiros decorrentes. (Duarte, Stipp, Silva, & Oliveira, 2015).

Os desafios para quem busca reduzir a incidência de erros, parte do entendimento que uma organização hospitalar difere de outras organizações, por ser complexa e exigir elevada qualificação profissional, motivo pelo qual, trabalha-se pela padronização das habilidades e não de processos, gerando muitas vezes, dificuldade de se implantar estratégias e de fortalecer a cultura da empresa (Malik &Vecina Neto, 2011).

A cultura da não aceitação de erros, envolta pela crença de que recriminação e punição contribuem positivamente para a diminuição da ocorrência das falhas resulta em eximir a organização de suas responsabilidades e sentenciar os provocadores do erro em culpados sem julgamentos (Hartmann & Novaretti, 2016). O efeito desta cultura negativa resulta na ocultação das falhas dos envolvidos, gerando perdas para todos; para o paciente, pois sofrerá algum tipo de dano; para o profissional, porque perde a oportunidade de ser treinado; e a própria organização no que concerne a sua boa reputação, ao aumento do custo com a assistência e gestão dos pacientes e a falta de detecção de falhas impossibilitando sua correção e prevenção.

A literatura demonstra que há diversas ocorrências de EAs em distintas etapas da assistência. Um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro com 112 pacientes verificou que,

quanto maior o tempo de internação, maior a probabilidade de exposição a um EA. Os autores dessa pesquisa mostraram que os pacientes que ficaram 30, 60 e 100 dias internados tiveram uma chance de 4%, 7% e 27% respectivamente de serem afetados por um EA (Roque & Melo, 2011).

Outra pesquisa realizada em Brasília sobre EAs decorrentes da administração de medicamentos demonstrou que dentre 10 variedades de antibióticos prescritos, 87,6% tinham erros em sua preparação e 6,2% foram administrados de forma incorreta (Camargo, Reis, Miasso, Santos, & Cassiani, 2011).

No Brasil, em 2013 foi publicado um Plano Nacional de Segurança do Paciente com o objetivo de detectar, identificar, prevenir e reduzir os incidentes de segurança do paciente no território nacional (Resolução da Diretoria Colegiada [RDC] n. 36, 2013).

Um desafio nessa temática é que nem sempre os estabelecimentos de saúde, principalmente os públicos, possuem objetivos claros associados à sua missão, visão e valores, dificultando a implantação de um planejamento estratégico para aperfeiçoar a administração e a assistência assim como o desenvolvimento de uma cultura organizacional e, especificamente, da cultura da segurança do paciente.

Todos estes fatores, no setor público, são maximizados, devido à grande demanda no atendimento, à alta rotatividade de profissionais, a gestores nem sempre motivados, à insatisfação com os baixos salários, ao orçamentário insuficiente e à cultura de que oferecer o mínimo, já é suficiente.

1.3 QUESTÃO PRINCIPAL DE PESQUISA

Este estudo pretende analisar a aderência de um hospital público da periferia do município de São Paulo às ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

O tema da pesquisa será embasado por construtos que versam sobre, segurança, do paciente, qualidade, e gestão hospitalar e sob esta composição, é apresentada a questão:

Como estão sendo desenvolvidas ações que norteadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente aprimorem a segurança do paciente em um hospital público da periferia de São Paulo?

1.4 OBJETIVO DA PESQUISA

1.4.1 Objetivo Geral

O objetivo principal dessa pesquisa é analisar a aderência de um hospital público paulistano às ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e propor estratégias para sua implementação e/ou melhoria.

1.4.2 Objetivos Específicos

1.4.2.1 Detectar quais ações e estratégias já são realizadas pela organização relacionadas ao PNSP que promovam a segurança do paciente.

1.4.2.2. Detectar eventuais ações do PNSP que ainda não foram implementadas;

1.4.2.3Analisar os motivos pelos quais eventuais ações do PNSP não estão sendo praticadas;

1.4.2.4 Propor estratégias de melhoria elencadas no PNSP para reduzir ou evitar as falhas de segurança do paciente na unidade pesquisada.

1.4.2.5 Elaborar um mapa dos processos envolvidos na segurança do paciente do hospital participante.

1.5 Relevância do Tema e Justificativas

A segurança do paciente vem sendo discutida no cenário global desde 2002, quando houve a 55ª Assembleia Mundial da Saúde e foram solicitadas urgência e atenção à questão da segurança do paciente (WHO, 2009). Com isso, a comunidade científica foi mobilizada a conhecer os pontos críticos da assistência à saúde, com o intuito de minimizar as falhas na segurança do paciente. A partir deste movimento, dois anos depois, foi promovido o lançamento do Programa Segurança do Paciente [PSP] e, desde então os países membros da OMS têm reunido esforços para reduzir os problemas relacionados à segurança do paciente (WHO, 2009).

A OMS estimava, que em 2000, 40% dos 16 milhões de medicamentos administrados via intramuscular e / ou intravenoso eram realizados com seringas e agulhas reutilizáveis e não esterilizadas. Uma pesquisa realizada em 2010, mostrou que houve progresso na administração de medicamentos e vacinas, mas foram notificados 33.800 casos de HIV, 315.000 de hepatite C e 1.700.000 casos de hepatite B decorrentes da utilização insegura de agulhas/seringas (WHO, 2014).

Quando foram estudados os riscos de se adquirir infecções em pacientes durante a internação, a WHO (2014) estimou que para cada 100 pacientes hospitalizados, 7% em países desenvolvidos e 10% em países em desenvolvimento, poderiam adquirir infecção hospitalar e concluiu ainda que medidas simples como a higienização correta das mãos reduziriam a frequência das infecções hospitalares em mais de 50% dos casos.

Ao fazer uma análise comparativa de riscos ao paciente, a OMS estimou que os riscos que um paciente está exposto durante a assistência (1:300) são maiores do que a probabilidade de haver um incidente na indústria da aviação: as chances de um viajante sofrer um dano em um avião (1:1.000.000) (WHO,2014).

Outro aspecto a ser considerado na análise de falhas da segurança do paciente foi apontado pelo relatório do IOM (1999), referindo-se aos custos resultantes de doenças iatrogênicas, que foi estimado em até 29 bilhões de dólares anuais nos EUA e em 2 bilhões de libras anuais na Europa. Além do mais, o custo anual reportado com indenizações resultantes de ações judiciais devido a falhas na segurança do paciente chegou a 400 milhões de libras. (Kohn, Corrigan, Donaldson, Mckay, & Pike, 1999).

No Brasil, um exemplo de muitos dos desafios relacionados à segurança do paciente foi demonstrado em um estudo transversal publicado em 2013 em um hospital da região centro-oeste do país que analisou 750 internações em uma clínica cirúrgica, concluindo que pelo menos 82% dos pacientes foram expostos a pelo menos 01 evento sem dano ao paciente (também chamado de incidente de segurança sem dano) e 18,7% a um evento adverso (Paranaguá, Bezerra, Camargo, & Azevedo, 2013).

Mesmo com um histórico de dados alarmantes no Brasil e no mundo, somente em 2013, é que foram instituídas ações específicas pelo Ministério da Saúde brasileiro para promover a segurança nos serviços de saúde por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como diretriz a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de

tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (Portaria MS/GM n. 529, 2013).

O PNSP estabelece também estratégias e ações de gestão de risco para a identificação do paciente, a higienização das mãos, a segurança cirúrgica, os cuidados com a prescrição, o uso e a administração de medicamentos, entre outros.

Portanto, o desafio hoje das organizações hospitalares no Brasil, é cumprir o que estabelece o PNSP e implantar uma cultura da segurança com o desenvolvimento de ações que evidenciem a segurança à frente de metas financeiras e operacionais, que encoraje e recompense a identificação; que a partir da ocorrência de incidentes, promova o aprendizado organizacional, que assuma responsabilidade pela sua própria segurança, de seus colaboradores, pacientes e familiares, e que dentro do possível, disponibilize recursos e estrutura para a manutenção efetiva da segurança do paciente. (Portaria MS/GM n. 529, 2013).

Fica então justificado este estudo, para que a partir do diagnóstico da situação da implantação e resultados das ações elencadas no PNSP, propor estratégias para o aprimoramento das ações que envolvam a segurança do paciente e, por consequência contribuir para a eficiência e melhoria da gestão em saúde nesse cenário.

1.6 Estrutura do trabalho

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos, sendo que o capitulo dois versará sobre os polos teóricos relacionados à questão principal de pesquisa, a saber: segurança do paciente, qualidade, e gestão hospitalar.

O capítulo três abordará os procedimentos metodológicos detalhadamente para responder à questão de pesquisa. Nesse capítulo, será também apresentada a unidade de pesquisa participante deste estudo.

No capítulo quatro serão apresentados os resultados da pesquisa e uma discussão com base no conhecimento existente descrito nos polos teóricos, pretendendo-se assim fazer uma análise crítica dos resultados observados, baseando-se nos dados da literatura nacional e internacional disponíveis.

O capítulo cinco apresentará as contribuições para a prática decorrentes desta dissertação.

Por fim, o capítulo seis abordará as conclusões e recomendações pertinentes ao tema pesquisado.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico tem como objetivo apresentar e discutir os principais conceitos que envolvem esta pesquisa, bem como embasar a partir de outros estudos, pontos de vistas que sustentem o tema a ser desenvolvido.

2.1. Segurança do Paciente

Nos últimos 30 anos, vários estudos a respeito dos riscos durante a assistência ao paciente foram publicados e a segurança do paciente vem sendo apontada como um desafio à saúde pública (Reis, Martins, & Laguardia, 2013). A Organização Mundial de Saúde aponta as conclusões de alguns desses estudos conforme Figura 1:

Infecções associadas à assistência	Estima-se que cerca de 1,4 milhões de pessoas sofrem infecções causadas durante à assistência. Em países desenvolvidos a proporção de pacientes hospitalizados afetados varia entre 5% e 10%, enquanto que em alguns países em desenvolvimento a proporção chega a 25% dos pacientes hospitalizados.
Os eventos adversos relacionados a equipamentos médicos	Nos Estados Unidos, a cada ano, mais de um milhão de pacientes sofrem danos por causa de equipamentos médicos. Em alguns países em desenvolvimento quase a metade dos equipamentos médicos disponíveis são inutilizáveis ou apenas parcialmente utilizáveis.
Transfusões de sangue inseguros:	Entre 5% e 15% das infecções por HIV em países em desenvolvimento são decorrentes de transfusões de sangue contaminado. Um estudo da OMS mostrou que 60 países em desenvolvimento não possuem capacidade de analisar sistematicamente todo o sangue doado e verificar, portanto, a presença de contaminações, inclusive do HIV.

Cirurgia e anestesia	A prestação desses serviços está entre os sistemas mais complexos e dispendiosos de saúde. Os dados de países desenvolvidos indicam que os eventos adversos registrados na sala de cirurgia representam pelo menos 50% de todos os eventos adversos registrados entre os pacientes cirúrgicos. Em países em desenvolvimento esta situação se agrava devido às deficiências de infraestrutura, falta de pessoal treinado, deficiências tecnológicas e limitações no fornecimento de medicamentos e equipamentos.
Os eventos adversos relacionados aos medicamentos	Estudos apontam que os serviços prestados na assistência de casos agudos, entre 7% e 10% dos pacientes, experimentaram um evento adverso relacionado a drogas. Destes, cerca de 28% a 56% eram evitáveis. Em alguns países, as internações devido a reações adversas a medicamentos podem estender as internações em mais de 10%.

Figura 1: Exemplos de questões que precisam ser investigados para reduzir os danos causados aos pacientes.
Fonte: Adaptado de Alianza mundial para la seguridade del paciente. La investigación em seguridade del paciente. Organización Mundial de la Salud OMS 2008.

Dada a relevância do tema, após o lançamento dessas pesquisas por entidades como OMS e IOM, muitos outros estudos foram publicados. James (2013), por exemplo, com o intuito de atualizar os dados do relatório IOM (1999) realizou uma pesquisa baseada em evidências e analisando prontuários médicos entre 2008 e 2011, concluiu que somente nos EUA as mortes decorrentes de danos ao paciente poderiam chegar a 210.000 por ano. O autor exaltou a limitação da ferramenta utilizada como método de pesquisa, ressaltando que não houve análise das mortes relacionadas a erros de diagnósticos, o que poderia aumentar os resultados em mais de 400.000 mortes/ano. Ele também relatou que danos considerados graves podem ser 10 a 20 vezes maiores que os resultantes em mortes.

Mendes, Pavão, Martins, Moura, & Travassos (2013) analisaram as características de EAs de 1103 pacientes internados na cidade do RJ e concluíram que 56 pacientes sofreram EAs evitáveis, e 07 desses pacientes sofreram mais de um tipo de EA. Quanto à origem dos EAs, o estudo demonstrou que os mais frequentes foram: 32,3% decorrentes de procedimentos cirúrgicos, 29,2% de procedimentos médicos não cirúrgicos, 6,15% relacionados aos cuidados obstétricos, 15,3% de erros de diagnósticos, 6,15% tinham relação com o sistema e 4,6% estavam relacionados a medicamentos.

Na Holanda, Zegers et al. (2009) analisaram 7.926 admissões hospitalares e encontraram 5,7% de eventos adversos, sendo que 2,3% eram evitáveis. Os autores

extrapolaram os dados encontrados para todo o país e estimaram que os EAs que contribuíram para até 2032 mortes evitáveis em um ano.

Na Espanha, uma pesquisa identificou que 13,8% dos pacientes internados sofreram EA, tendo como causa principal os problemas técnicos durante a realização de procedimento ou intervenção cirúrgica (33%), infecção hospitalar (16%) e medicação (22%). Foi detectado que 56% destes eventos eram do tipo evitáveis (Mondejar et al., 2013).

Algumas pesquisas realizadas em hospitais públicos e privados de curta permanência nos EUA verificaram que as taxas de incidência de EAs variaram de 0,9% a 16,5% (Davis et al., 2001; Gawande et al., 1999; Schioler et al., 2001; Vincent, 2001; Wilson et al., 1995). A taxa de eventos adversos evitáveis comunicados variou entre 40% e 60% (Davis et al., 2001; Schiøler et al., 2001; Vincent, 2001), demonstrando que mesmo em hospitais de curta permanência ocorrem EAS e a taxa de comunicação não atinge uma margem satisfatória de 100%.

Pesquisas sobre EAs em países em desenvolvimento são incomuns. Um estudo transversal realizado em 58 hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru, observou 11379 pacientes internados e obteve a prevalência pontual de EAs de 10,5%. Dos EAs identificados, 28% causaram incapacidade aos pacientes, 6% foram associados à morte do paciente e 60% foram classificados como evitáveis (Bates et al., 2011).

No Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, Moura e Mendes (2012), avaliaram EAs decorrentes de intervenções cirúrgicas e identificaram que 45% dos EAs levaram a um acréscimo de 14 dias na internação. Esses autores relataram que em países em desenvolvimento, em decorrência da infraestrutura inadequada, da falta de suprimentos, da qualidade dos medicamentos, do controle ineficiente de infecções, das falhas de gerenciamento organizacional, do desempenho pouco satisfatório dos profissionais e da pouca motivação e/ ou às deficientes capacidades técnicas dos funcionários, associadas a um financiamento operacional baixo, facilitam a ocorrência de EAs muito mais que em países desenvolvidos.

Travassos, Mendes, Martins, & Rozenfeld (2009) em uma amostragem randomizada analisaram 1103 casos de 27350 pacientes no ano de 2003 em três hospitais também da cidade do Rio de Janeiro e 7,6% sofreram EAs, no entanto, 66,7% eram evitáveis, os autores concluíram que a proporção da incidência de EA foram similares quando comparados a estudos internacionais, entretanto, quando comparados no quesito EA evitável a proporção foi muito

maior: Nova Zelândia (61.6%), Austrália (50%), Reino Unido (52%), Dinamarca (40.4%), França (27.6%) e Espanha. (42.6%), sugerindo que a segurança do paciente no Brasil é mais fragilizada do que em outros países.

Um estudo relacionado à gravidade dos danos referentes aos EAs decorrentes de administração de medicamentos em um hospital cardiológico no Rio de Janeiro identificou que 14,3% dos pacientes sofreram eventos adversos e que 31,2% dos casos houve a necessidade de suporte à vida (Roque & Melo, 2012).

Notadamente, a maioria das pesquisas na área de segurança do paciente, tem um enfoque nas falhas assistenciais, não abarcando a complexidade das atividades hospitalares que dependem de uma conexão entre os diferentes profissionais envolvidos direta/indiretamente na assistência à saúde, a gestão e a educação.

Como exemplo de falhas em processos operacionais Waldman, Travezim, & Novaretti (2015) realizaram uma pesquisa para identificar incidentes no agendamento cirúrgico em um hospital público de São Paulo, processo este, que se não bem gerido, pode ocasionar nos pacientes, além de ansiedade, agravamento de seu quadro clínico. As autoras evidenciaram atividades desencontradas e sem padronização, como por exemplo, múltiplos agendamentos cirúrgicos para a mesma sala cirúrgica. Essa situação e outras foram sanadas pelas autoras por meio de várias ações corretivas apresentadas à diretoria do hospital e, a seguir, implementadas.

No Estado de São Paulo, em 2010, Paiva, Paiva, & Berti realizaram um estudo sobre instrumento específico para notificação de incidentes e concluíram que em 38,5% das ocorrências administrativas, classificadas como EAs institucionais haviam problemas relacionados à estrutura física predial e técnica, quadro de pessoal insuficiente, falhas nos processos e conflitos de comunicação. Os EAs mais frequentes foram: relacionados a equipamentos (31,9%), suprimentos insuficientes (15,1%), infraestrutura predial (17,1%), falta de recursos humanos (11%) e extravio de documentos (4,1%).

Outro aspecto a ser considerado refere-se ao impacto financeiro dos erros devido às falhas da segurança dos pacientes. Pesquisas relacionam a taxa de incidente evitável ao custo oriundos desses EAs, ou à consequência da prática assistencial incorreta (Santos, 2015).

Os incidentes, na grande maioria das vezes, são consequência de falhas do sistema, que se analisadas e planificadas, em geral, podem ser evitadas e/ou corrigidas, mesmo levando-se em consideração o fato de cada caso ser único, haverá a probabilidade de haver semelhanças e

padrões de fatores de riscos (Silva, 2014). Entretanto, as falhas ocorridas na assistência devem ser encaradas, não como falhas intencionais e/ou como consequência da incompetência de algum membro da equipe multidisciplinar, mas sim, consequências de processos imperfeitos e mal geridos (Novaretti, Quiterio, Vasconcelos, & Daud-Gallotti, 2014).

Duarte et. al. (2015) sustentam que os principais fatores para a ocorrência de EAs na assistência de enfermagem encontradas na literatura estão ligados ao gerenciamento do serviço e da própria assistência de enfermagem, bem como ao déficit de pessoal, à grande quantidade de trabalho, aos problemas interpessoais multiprofissionais, e à falta de liderança. Ressaltam também que uma assistência com menos erros pode ser realizada por meio de uma transformação no modo de gerir o trabalho e o ambiente, na participação mais ativa dos profissionais e na conscientização do usuário de sua participação no processo de segurança.

A OMS (2009) estimou que dezenas de milhões de pacientes no mundo são vítimas de lesões que resultam em perda da capacidade ou mortes em virtude de práticas em saúde inseguras. A situação é ainda mais séria, como descrito, em países em desenvolvimento, tanto pela precária condição socioeconômica quanto pela baixa quantidade de pesquisas que retratem a realidade local que a partir dos dados obtidos possibilitaria o diagnóstico e a elaboração de estratégias para mitigar os danos aos pacientes.

As ações promovidas pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004 visam definir e identificar prioridades na área de segurança do paciente, em diversos lugares do mundo contribuindo assim para a elaboração de uma agenda mundial de pesquisa de aplicabilidade. Essas ações evidenciam temas para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde; cuidados aos idosos; EAs relacionados a erros de medicação; cultura de segurança, competências e habilidades entre profissionais de saúde e infecções associadas ao cuidado de saúde. A partir da implantação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, diversos países vêm se articulando para cumprir as ações por ela previstas.

Outra estratégia utilizada para auxiliar e melhorar a segurança do paciente foi a estruturação da classificação dos conceitos de segurança do paciente e assim uniformizar os dados obtidos em segurança do paciente internacionalmente (OMS, 2009) conforme Figura 2:

Segurança do Paciente	É a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento.
Incidente de Segurança do paciente	É um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente. Pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso).
Ocorrência Comunicável	É uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente (ou seja, uma unidade de cuidados intensivos movimentada, com grande falta de pessoal por um turno inteiro, ou levar um desfibrilador para uma emergência e descobrir que não funciona apesar de não ter sido necessário).
Quase evento	É um incidente que não alcançou o paciente (por exemplo, conectar uma unidade de sangue à via endovenosa do paciente errado, mas detectar o erro antes de iniciar a transfusão).
Evento sem dano	É um incidente em que um evento chegou no paciente mas não resultou em danos para o mesmo (por exemplo, uma bolsa de sangue foi transfundida mas mesmo o sangue sendo incompatível com o doente, não aconteceu nada).
Evento com dano ou Evento Adverso	É um incidente que resulta em danos para o paciente (por exemplo, transfundiu-se a bolsa de sangue errada e o doente morreu por reação hemolítica).
Dano	Implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico.

Figura 2: Conceitos Chaves para a Segurança do Paciente.

Fonte: Adaptado de Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Paciente (2009).

Leape (2006) demonstrou em uma pesquisa que, para reduzir a ocorrência de falhas na assistência ao paciente de saúde, é preciso mudar a forma como se entende a falha, ou seja, reconhecer a falibilidade humana e a importância do sistema para a prevenção do erro. Infelizmente, nos dias atuais ainda é corrente a pressão gerada por organizações hospitalares para que o profissional da saúde produza mais, em tempo mais curto para reduzir os custos. Essa situação associada às superlotações de serviços de emergência do SUS podem causar intenso sofrimento nos profissionais da saúde e aumentar os riscos para a ocorrência de EAs (Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz 2014).

Diante desse cenário, países membros da OMS efetivaram compromissos políticos, lançando planos, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos e promoveram iniciativas para o aprimoramento da segurança dos pacientes, com base em metas internacionais. As áreas

de ações da OMS para a segurança do paciente nos serviços de saúde estão resumidas na Figura 3:

01	Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura Infecção nos cuidados da saúde, foi escolhido como o primeiro desafio global para a Segurança do Paciente, com foco na "Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura". Como parte deste desafio, foram desenvolvidas diretrizes sobre Higienização das Mãos na assistência.
02	Cirurgia Segura Salva Vidas Cirurgia segura foi escolhida como o segundo desafio global para a segurança do paciente, com o tema Cirurgia Segura Salva Vidas. O foco da campanha é o *Checklist* de segurança. A lista de verificação identifica três fases de uma operação, cada uma correspondendo a um período específico no fluxo normal de trabalho: Antes da indução da anestesia (*"Sign in"),* antes da incisão da pele (*"Time out")* e antes do paciente deixar a sala de cirurgia (*"Sign out").* Em cada fase, um coordenador da lista deve confirmar com a equipe cirúrgica se foi concluída as tarefas listadas antes de prosseguir com a operação.
03	Investigação para a Segurança do Paciente Investigação para a Segurança do Paciente realiza estudos de prevalência global de efeitos adversos e está desenvolvendo uma ferramenta de avaliação rápida para uso em países em desenvolvimento. A OMS está empreendendo um grande projeto de pesquisa para compreender a natureza do dano ao paciente em dez países em desenvolvimento e aqueles com economias em transição, com intuito de desenvolver instrumentos de medição para uso pelos Estados Membros da OMS.
04	Classificação Internacional de Segurança do Paciente A Classificação Internacional de Segurança visa definir e harmonizar os conceitos de segurança classificar grupo de pacientes internacionalmente. Isso ajudará a provocar, capturar e analisar os fatores relevantes para a segurança do paciente de modo a favorecer a melhoria da aprendizagem e do sistema.
05	Relatórios para aprendizagem têm como objetivo gerar diretrizes de melhores práticas para os sistemas de informação existentes e novos, facilitando a aprendizagem para os envolvidos e interessados no assunto.
06	Soluções para Segurança do Paciente Soluções para Segurança do Paciente são intervenções e ações que previnem problemas de segurança do paciente recorrentes e, assim, reduzir o risco para os pacientes.
07	"High 5Ss"- Difusão de boas práticas para a mudança organizacional, clínica e de equipe, como: cuidados no preparo de soluções concentradas de eletrólitos; controle da medicação nas transições de cuidado; realização de procedimentos corretos nos sítios corretos; prevenção de falhas de comunicação durante a passagem de plantão; prevenção e redução de infecção associada à assistência à saúde.
08	Tecnologia para segurança do paciente: foca na utilização de novas tecnologias para promoção da segurança do paciente.

09	Gerenciamento do conhecimento irá reunir e compartilhar saberes sobre a evolução mundial da segurança do paciente.
10	Eliminação da infecção da corrente sanguínea associada ao cateter central concentrando esforços mundiais para ações de prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em serviços de saúde.
11	Educação para Uma Assistência Mais Segura Educação para Uma Assistência Mais Segura irá desenvolver um guia curricular para estudantes de medicina, bem como outros recursos.
12	Prêmio de Segurança O Prêmio de Segurança será um prêmio internacional de excelência na área de segurança do paciente que irá funcionar como um motor de mudança e melhoria.

Figura 3 – Áreas de ação do Programa Segurança do Paciente da OMS.
Fonte: World Health Organization (http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/, Recuperado em 19 de abril, 2016).

2.1.1 Programa Nacional de Segurança do Paciente

Mesmo com o lançamento pelo SUS de programas que sistematizavam a notificação e investigação em vigilância sanitária (VIGIPOS), com o investimento em metodologias de acreditação, com a formação da Rede Sentinela, com a formação de entidades que visavam à melhoria na segurança do paciente (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente - REBRAENP e a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética - SOBENFEE), dentre outras ações, não foram implantadas medidas suficientes para abranger e promover nos estabelecimentos de saúde brasileiros medidas que implementassem a segurança do paciente na sua integralidade (Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz 2014). Além do mais, existia uma lacuna entre as instituições de saúde do país e a busca por processos e resultados contínuos de qualidade (Capucho & Cassiani, 2013).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) surge então, por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1° de abril de 2013, com o objetivo de contribuir na qualidade dos serviços prestados por estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, seguindo as normas de segurança instituídas pela Organização Mundial de Saúde. A Portaria definiu também os objetivos específicos do PNSP:

- Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, os quais ficarão incumbidos de implantar ações voltadas para gestão de riscos, articulando

processos multiprofissionais voltados para a segurança do paciente (Ministério da Saúde, 2014; Urbanetto & Gerhardt, 2013).

- Envolver os pacientes e os familiares nesse processo;
- Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da saúde de forma que o aluno vivencie experiências práticas de atuações seguras ao longo de sua formação, subsidiando assim a prática profissional (Ministério da Saúde, 2014; Urbanetto & Gerhardt, 2013).
- Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente.

O lançamento do PNSP foi fundamental e necessário, e veio ao encontro da prevenção quaternária, conceito moderno, que visa evitar danos associados às intervenções médicas, ou outras atividades em saúde desnecessárias, levando-se em consideração que, se o tratamento médico a ser empregado no paciente for pior que a doença, deve-se buscar por tratamentos eticamente aceitáveis, evitando-se ou atenuando assim os EAs (Capucho & Cassiani, 2013).

O sucesso do PNSP depende essencialmente do conhecimento da realidade brasileira quanto à ocorrência de incidentes e o cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de saúde. Essas informações são primordiais para que planos possam ser elaborados em consonância com suas realidades, visando qualidade e a segurança do paciente (Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz, 2014).

Os planos de segurança devem ser monitorados por indicadores, geridos por núcleos fiscalizadores e por uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos, diretrizes clínicas e notificação dos incidentes, implementando assim uma cultura de segurança (Capucho & Cassiani, 2013).

O Ministério da Saúde [MS] et. al (2014) ressalta, porém, que o PNSP não pode ser visto como a única medida capaz de transformar a ineficiência da qualidade dos serviços prestados. Ao contrário, suas ações devem ser articuladas juntamente com os esforços de políticas de saúde.

O MS salienta também algumas premissas que devem ser observadas para que o PNSP alcance o sucesso desejado:

- Compromisso dos dirigentes e gestores do SUS;
- Governança pluralista e participativa;
- Contribuições e responsabilidades com a qualidade e segurança do cuidado;
- Coordenação gestora e executiva do programa, com disponibilidade, apoiada por uma estrutura cujos recursos sejam compatíveis com a dimensão e a complexidade da implementação de um programa dessa magnitude e uma comunicação social ampla para que a busca pela segurança do paciente passe a ser de domínio público.

Além disso, o PNSP adotou ainda por meio da portaria GM/MS nº 2.095 (2013) e portaria GM/MS n.º 1377 (2013) seis protocolos, seguindo a OMS, que servem como guias para a disseminação da temática segurança do paciente no Brasil. A Figura 4 apresenta resumidamente a abrangência dos protocolos e seus indicadores:

Protocolo Cirurgia Segura		
Abrangência	**Definições que envolvem este protocolo:**	**Estratégias de monitoramento e indicadores de protocolo**
Deverá ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde;	-Lista de Verificação; -Demarcação de Lateralidade; -Condutor da Lista de Verificação; -Segurança Anestésica; -Equipe cirúrgica	1.Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado; 2.Número de cirurgias em local errado; 3.Número de cirurgias em paciente errado; 4.Número de procedimentos errados; 5.Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco; 6.Taxa de adesão à lista de verificação.
Protocolo para prevenção de úlcera por pressão		
Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele. As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver úlceras por pressão e que se	Intervenções em seis etapas 1.Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes; 2.Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados; 3.Inspeção diária da pele;	Sugerem-se 3 indicadores de processo (1 a 3) e um indicador de resultado (4) para a prevenção da UPP. 1. Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para UPP na admissão;

encontrem em ambiente hospitalar, em cuidados continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.	5.Otimização da nutrição e da hidratação 6. Minimizar a pressão	3.Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP; 4. Incidência de UPP.
Identificação do paciente		
A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.	Intervenção 1.Identificar os pacientes; 2.Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador; 3.Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado.	Notificação dos casos de identificação errada de pacientes: 1.Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente; 2.Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde.
Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos		
O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.	Intervenções 1.Verificação para a prescrição segura de medicamentos; 2.Padronização de medicamentos; 3.Suporte eletrônico de prescrições; 4.Práticas seguras para a distribuição de medicamentos; 5.Boas práticas de armazenamento dos medicamentos; 6.Práticas seguras na administração do medicamento	O processo de uso dos medicamentos (prescrição, dispensação e administração) deve estar devidamente descrito em procedimentos operacionais padrão, atualizados e divulgados para os profissionais do estabelecimento de saúde. O estabelecimento de saúde deve possuir rotina para transferência interna e externa de pacientes e que contemple a segurança no processo de utilização dos medicamentos na transição do paciente, deve proporcionar aos profissionais de saúde, anualmente, educação permanente e treinamento em uso seguro de medicamentos e ainda deve possuir política de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo.
Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde		
Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.	As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos.	-Indicador obrigatório: 1.Consumo de preparação alcoólica para as mãos: 2. Consumo de Sabonete - Indicador recomendável: Percentual (%) de adesão

Protocolo prevenção de quedas		
Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. As recomendações deste protocolo aplicam-se aos hospitais e incluem todos os pacientes que recebem cuidado nestes estabelecimentos, abrangendo o período total de permanência do paciente.	1.Avaliação do risco de queda; 2.Orientar familiares quanto ao risco da queda; 3.Implementar ações que previnam a queda; 4.Reavaliação diária do risco; 5.Sinalizar a possibilidade do risco da queda; 6.Prestar pronto atendimento aos pacientes que sofreram queda	1.Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão; 2.Número de quedas com dano; 3.Número de quedas sem dano; 4.Índice de quedas [(nº de eventos / nº de paciente-dia) * 1000]: este indicador pode ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação.

Figura 4: Resumo dos protocolos básicos de segurança que devem ser utilizados por todos os estabelecimentos de saúde do País.
Fonte: Adaptado de Portal da Saúde – SUS (http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente recuperado em 20 de maio, 2016).

A ANVISA instituiu por meio da RDC 36/2013 medidas para promover a segurança do paciente e a melhora da qualidade dos serviços de saúde, visto que a gestão de riscos é essencial para que a organização de saúde adote uma política de prevenção a qual é crucial para a qualidade. As principais metas são a criação de uma base sólida e segura para a tomada de decisão e para a planificação da segurança do paciente, tendo como ponto de partida, o monitoramento e redução e a prevenção de eventos que possam resultar em incidentes (RDC 36, 2013; Melchiades, 2016).

2.1.2. Cultura da Segurança do Paciente

Em 1986, quando houve o acidente nuclear de Chernobyl, começou a ser difundido o termo “cultura de segurança”, tendo em vista o fato de ter sido atribuído como causa do acidente uma deficiência da cultura de segurança (Ponte Junior, 2012).

A cultura de segurança, a partir de então, foi adaptada para aplicação geral e conceituada como a combinação de compromissos e atitudes, nas organizações e *stakeholders*, adotando

como prioridade máxima que os assuntos relacionados à segurança recebessem atenção certa no tempo certo (Ponte Junior, 2012).

Na saúde, a cultura de segurança foi então conceituada como o resultado de valores, condutas, compreensão, competências e padrões de comportamento individuais e coletivos que determinam o estilo, a proficiência e o compromisso da gestão de uma organização saudável e segura. (Nieva & Sorra, 2003).

Uma cultura de segurança do paciente é considerada positiva quando nela é incorporada uma comunicação baseada em confiança mútua, e na percepção comum da importância da segurança, além da confiança na eficácia de medidas preventivas (Nieva & Sorra, 2003).

Kohn, Corrigan, & Donaldson (1999), em seu relatório *Err to human* enfatizaram que o fortalecimento da cultura de segurança é fundamental para o processo de melhoria da segurança do paciente. E a partir dessa publicação, além das diversas pesquisas com dados de eventos adversos serem publicados, a cultura de segurança nas organizações de saúde também virou objeto de estudo.

Um estudo bibliométrico realizado para verificar a produção científica sobre segurança do paciente relacionada ao gerenciamento da cultura de segurança e organizacional, no ano de 2012, evidenciou 106 publicações num período de 2006 a 2012 das quais 50,9% foram artigos provenientes dos EUA e 84,9% das publicações foram na língua inglesa. A temática mais estudada foi o erro médico, 20,8%. A temática a respeito de cultura da segurança foi de 8,5%, e no ranking de publicações gerais acerca da segurança do paciente, o Brasil aparece em terceiro lugar (9,4%) atrás dos EUA e Reino Unido respectivamente. Concluiu-se que, embora o Brasil figure entre os primeiros colocados, ainda há uma diferença expressiva no número de publicações, ou seja, existe a necessidade de se desenvolver mais pesquisas sobre o assunto no Brasil (Camargo, Bezerra, Branquinho, Silva, & Bauer, 2014).

Um estudo realizado em um hospital público universitário do estado do Paraná para analisar a cultura da segurança do paciente relacionada à comunicação das equipes multiprofissionais do hospital, identificou que embora houvesse uma boa percepção em relação ao trabalho em equipe e comunicação interna intra-setorial, a cultura de segurança era desfavorável no que tange às relações de comunicações e atividades externas aos setores de trabalho. Os autores detectaram também uma deficiência na passagem de plantões, impactando diretamente no cuidado dos pacientes (Bohrer et. al, 2016).

A subnotificação é outro desafio, uma vez que persiste em várias instituições o temor de represálias e punições ao registrar um incidente de segurança.

Como exemplo, temos um estudo realizado para avaliar a cultura de segurança dentre os profissionais de um pronto atendimento privado do estado do Piauí que identificou que nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa 77,42% dos entrevistados relataram não terem notificado nenhum evento adverso (Silva & Carvalho, 2016).

Quanto à percepção dos funcionários acerca da cultura de segurança, foi realizado um estudo em três hospitais da Austrália e concluiu-se que a cultura da segurança também é envolvida pela avaliação individual de risco de cada um dos trabalhadores. Os autores reportaram que os enfermeiros utilizam um limite flexível para a avaliação de riscos entre o paciente e as necessidades do cuidado ao longo de todo o processo de assistência, constantemente reavaliando suas decisões para determinar o quão seguro é um determinado procedimento. Estes resultados demonstram que a gestão de risco é dinâmica e que a avaliação e as decisões estratégicas são flexíveis em resposta à evolução das demandas (O'Keeffe, Tuckey, & Naweed, 2015).

Em São Paulo, foram analisados prontuários médicos de 399 pacientes internados em unidades de terapia intensiva, juntamente com a percepção dos profissionais de enfermagem envolvidos naquele serviço com o objetivo de se verificar a influência da carga de trabalho da enfermagem na segurança do paciente. As autoras concluíram que 78% dos incidentes sem lesão e EAs foram atribuídos à sobrecarga de trabalho, ocasionando um prolongamento no tempo das internações e um aumento de risco de morte para os pacientes. Destacaram ainda que um bom desempenho num processo de gestão de pessoas, dentro de uma unidade hospitalar pode fazer uma diferença positiva em questões relacionadas à segurança do paciente (Novaretti et.al., 2014).

Portanto, uma cultura de segurança fortalecida surge como um requisito essencial para a melhoria e qualidade no atendimento e, por conseguinte mitigar a ocorrência de EAs por meio do aprendizado proativo a partir dos erros cometidos e reavaliados; e redesenho dos processos, a fim de padronizar a ocorrência de possíveis erros e consequentemente evitá-los (Handler *et. al*., 2006).

De modo que a primeira etapa para se engendrar a cultura da segurança é avaliar a cultura corrente e a partir desta, obter informações dos funcionários sobre suas percepções e

comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções (Nieva & Sorra, 2003).

O Centro Colaborador para Qualidade e Segurança do Paciente [PROQUALIS] desde 2009 dissemina informações e tecnologias voltadas à qualidade e segurança do paciente e recomenda que as organizações promovam a cultura da segurança do paciente conforme esquematização na Figura 5:

Figura 5: Promoção da cultura de segurança do paciente
Fonte: A autora - Adaptado de PROQUALIS.(http://pt.slideshare.net/Proqualis/aula-cultura-deseguranca-35276491recuperado em 28 de maio, 2016).

Os hospitais que mantêm políticas para gerenciar os seus riscos diariamente vêm se destacando, pois em suas organizações, ocorrem melhorias visíveis e eficientes no gerenciamento de incidentes por meio do aprendizado organizacional e pelas relações interequipes que surgem frente às discussões, onde o foco principal é trabalhar o “erro” e não o indivíduo (Melchiades, 2016).

2.2. Qualidade

Nos últimos anos percebe-se um aumento do interesse pela gestão de riscos no mercado de saúde, visto que a assistência de qualidade configura um dos itens basilares que identifica a excelência de um serviço de saúde. Os serviços de saúde têm o dever de oferecer uma atenção efetiva, eficiente e segura garantindo a satisfação do paciente em todo o processo. Desse modo, abrandar os riscos de dano associado à assistência prestada tornou-se uma questão reconhecida, cujo enfrentamento se tornou uma questão mundial (OMS, 2008). Outra razão desencadeadora

da busca pelo aumento da qualidade nos serviços de saúde foi o fato de a sociedade cada vez mais, exigir e cobrar a excelência nos serviços a ela prestados, o que torna imprescindível a adequação dos processos organizacionais associados à atuação técnica, com vistas a buscar um cuidado individual e coletivo seguro e de qualidade (Barbosa, Eiras, Leão, & Barnabé, 2015; Bonato, 2011).

A definição de qualidade é um assunto de ampla discussão; segundo a *American Society for Quality [ASQ]* (http://asq.org/glossary/q.html, recuperado em 10 de abril, 2016), qualidade é um termo subjetivo para o qual são dadas muitas definições, mas que em uma linguagem técnica, pode ter dois significados principais:

a) As características que afeta a capacidade de um produto ou serviço em satisfazer as necessidades explícitas ou implícitas do que se espera dele;

b) Um produto ou serviço livre de defeitos.

Para Queiroz (1995) definir qualidade também é uma tarefa árdua, pois qualquer tentativa de defini-la, poderá deixar de fora todas as suas possíveis abordagens, conquanto sua definição dependerá do ponto de vista do qual está seu enfoque, em razão de suas características peculiares e variadas. O autor exemplifica que durante o auge do Taylorismo, qualidade era visto como um "problema" a ser resolvido, pois naquela época qualidade era vista como perda de produtividade; já para um cliente final, qualidade tem significado de um bom atendimento a um valor aceitável e para um produtor, o termo significa "conformidade com as especificações".

Garvin (1984) identifica na Figura 6, cinco principais abordagens para a caracterização da qualidade:

1. Transcendental: qualidade é algo subjetivo, e só pode ser reconhecido pelo cliente por meio de sua própria experiência com o produto ou serviço.
2. Centrada no produto: qualidade é uma variável mensurável e pode ser encontrada no conjunto das características de um determinado produto.
3. Baseada no valor: qualidade é função do nível de conformidade do produto a um custo aceitável.
4. Centrada na fabricação: qualidade depende do atendimento às especificações aos requisitos de produção do produto, qualquer desvio do atendimento às especificações resulta em redução da qualidade.

5. Centrada no cliente: parte do princípio que qualidade está sob a visão de quem recebe àquele produto ou serviço. Este enfoque é subjetivo, pois as preferências do cliente variam.

Figura 6: Cinco abordagens da qualidade por Garvin.
Fonte: Adaptada de Garvin, D.A. (1984). What Does "Product Quality" Really Mean? MIT Sloan Management Review 26 (1).

Já um estudo realizado em 2004 por Gomes reuniu as perspectivas teóricas dos principais estudiosos da qualidade definindo assim o termo conforme Figura 7:

Edwards Deming	Definiu a "qualidade como a conformidade de um produto com as especificações técnicas que lhe foram atribuídas" pp.8.
Joseph Juran	Define "qualidade em termos de adequação de um produto a sua utilização pretendida. Esta definição aproximou o conceito de qualidade à perspectiva do cliente ou utilizador. – apresentou modelo de custos de qualidade" pp.11.
Phillip Crosby	Define "qualidade em termos de conformidade do produto com as suas especificações técnicas, mas introduz a ideia de que a qualidade é grátis, compensa sempre o investimento." pp.13.
Armand Feigenbaum	"Propôs a expressão "controle da qualidade total", um reforço da ideia que a qualidade resulta de um esforço de todos os indivíduos que colaboram com uma organização e não de apenas um grupo de projeto." pp.13.
Genichi Taguchi	"Defende que a qualidade deve ser garantida através do design dos produtos. Se o design não facilitar a produção com qualidade, os esforços de melhoria em nível de processo produtivo vão ser em grande parte frustrados". pp.14.
Kaoru Ishikawa	"Define gestão de qualidade como o desenvolvimento, produção e serviço de um produto, da forma mais econômica, útil e satisfatória para o consumidor" pp.14.

Figura 7: Gurus e suas definições de qualidade.
Adaptado de Gomes P.J.P (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufaturados aos serviços de informação. *Cadernos Bad, 2004*(2), 6-18

A definição da qualidade na composição da atenção a assistência é ainda mais complexa, visto a ampla quantidade de processos que envolvem esta área, além dos fatores estruturais e políticos (Harada & Pedreira, 2013).

Na saúde, a qualidade começou a ser um instrumento de avaliação em meados de 1924 nos Estados Unidos, quando o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) lançou o Programa de Padronização Hospitalar (PPH). O programa visava padronizar um conjunto de ações para assegurar a qualidade na assistência aos pacientes. O Programa consistia em padrões relacionados à organização do corpo médico, ao conceito do corpo clínico, e ao exercício da

profissão; preconizava-se o preenchimento do prontuário, incluindo detalhes de sua internação, bem como as condições da alta; e o último padrão, referia-se à existência de recursos diagnósticos e terapêuticos, além de exames laboratoriais e diagnósticos por imagem (Feldman et. al, 2005).

Um Manual de Padronização, mais elaborado, foi lançado em 1949 e o CAC realizou parcerias com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos, e Associação Americana de Hospitais para mantê-lo, pois o panorama havia mudado principalmente em relação ao alto custo, à sofisticação crescente da assistência médica e ao aumento do número de instituições em busca de acreditação (Feldman et. al., 2005). Assim, em 1951 foi criada a *Joint Commissionon Accreditation of Hospitals* (JCAH), entidade independente, não governamental e sem fins lucrativos.

No ano seguinte, a CAC transferiu oficialmente o Programa de Padronização Hospitalar para a JCAH, e em 1959, a Associação Médica Canadense se retirou para criar uma agência acreditadora no Canadá. Em 1965 o Congresso Americano aprovou uma emenda referente à segurança social no país, com a provisão que hospitais acreditados pelo JCAH seriam considerados "em conformidade" com as regras do sistema Medicare/Medicaid, em 1970 a JCAH criou um conselho para acreditar instituições psiquiátricas. Entre 1975/77 foi criado um conselho para acreditar ambulatórios. Em 1978/79 a JCAH estabeleceu um acordo com o Colégio Americano de Patologia e Associação de Dentistas Americanos, e um comitê consultivo é constituído. Ao longo dos anos, outras associações fecharam acordos com a organização com o intuito de acreditar áreas diversas da saúde. Em 1987/89 a JCAH começou a enfatizar a acreditação em processos e na performance das organizações auditadas. A consultoria para clientes internacionais teve início em 1994. Em 1998 as políticas de evento sentinelas foram revistas com o intuito de promover o auto-relato de erros médicos. Apenas em 1999 a JCAH revisou sua missão para explicitar sua preocupação e melhorar a qualidade e segurança do paciente e também, cria métodos de envolvimento dos pacientes, familiares e cuidadores na assistência à saúde. No ano 2000, a organização publicou o primeiro conjunto de padrões internacionais de qualidade para hospitais e apresenta sua primeira premiação de acreditação. Em 2002, foi estabelecido o primeiro programa anual de metas nacionais para segurança do paciente. Logo após em 2003 a JCAH anunciou protocolos universais para prevenção de procedimentos incorretos, cirurgias em locais e pacientes incorretos, foi criado também o selo de ouro para aprovação de instituições acreditadas. Em 2004, um novo processo de acreditação foi desenvolvido visando os processos assistenciais e organizacionais críticos

que envolvem a qualidade e segurança do paciente. A OMS designou em 2005 a Joint Commission para colaborar no centro de soluções para segurança do paciente, e em decorrência desse trabalho em 2008 foi lançada a primeira versão eletrônica do manual de acreditação. Um plano para categorizar e mensurar o desempenho de prestação de contas assim como o primeiro programa para soluções de higienização de mãos foram lançados em 2010. Em 2011 foi divulgado um relatório sobre segurança e qualidade listando a performance de hospitais. Em 2014 a organização lançou uma ferramenta on-line educacional para auxiliar o controle de infecções nas instituições hospitalares e um novo capítulo do "Sistema de segurança do paciente" é publicado. E finalmente no ano de 2015 a organização lançou um programa para soluções de prevenção de quedas; e mais recentemente inovaram lançando o selo Gold 2.0, um recurso on-line de alta confiabilidade destinado a ajudar gestores hospitalares a amadurecer seus processos (Joint Commission https://www.jointcommission.org/assets/1/6/TJC_history_timeline_through_2015.pdf, recuperado em 20 de maio, 2016).

Para a Organização, o termo qualidade em saúde é definido "como o grau em que os serviços prestados ao paciente aumentam a probabilidade de resultados favoráveis e diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, dado o presente estado de arte" (*Novo.sobecc.org.br*http://novo.sobecc.org.br/programacao/cong Recuperado em 20 de junho, 2016).

No entanto, diversas outras instituições também fomentaram a qualidade na assistência em saúde. No início deste século, o Instituto de Medicina (IOM) dos EUA também adotou práticas que visam à qualidade no cuidado, além de incluir a segurança do paciente como uma das seis metas para qualidade por eles adotados: efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. (Corrigan, Kohn, Donaldson, Maguire, & Pike, 2001). O IOM definiu qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde, voltados para o cuidado de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados (Lohr, 1990). A Figura 8 apresenta as metas adotadas:

Segurança do paciente	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele, possam se beneficiar de alguma forma, evitando assim, seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).

Cuidado centrado no paciente	Assistência respeitosa e voltada às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que estes valores orientem todas as decisões clínicas.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe a assistência como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Figura 8: As definições de metas da qualidade
Fonte: Adaptado de Corrigan, J. M., Donaldson, M. S., Kohn, L. T., Maguire, S. K., & Pike, K. C. (2001). A New Health System for the 21st Century. *Crossing the Quality Chasm URL: http://www. iom. edu/ Reports*.

Desse modo, cada vez mais, os termos qualidade e segurança aparecem associados, sendo a segurança do paciente considerada um elemento da qualidade (Capella-Montserrat, Cho, & Lima, 2013). Contudo, anteriormente às ações do IOM, Avedis Donabedian (1990) já desenvolvia atributos que dimensionam os cuidados de saúde, com o intuito de ajudar a compreensão da qualidade, tendo em vista o fato dele considerar que uma assistência de qualidade é aquela que fornece ao paciente um bem-estar máximo e completo. Os sete atributos da qualidade conforme Donabedian são apresentados na Figura 9.

Eficácia	Capacidade de atendimento, no seu melhor, para melhorar a saúde;
Efetividade	O grau em que a melhoria da saúde atingíveis são realizados;
Eficiência	A capacidade de obter a maior melhoria da saúde ao menor custo;
Otimização	O equilíbrio mais vantajoso de custos e benefícios;
Aceitabilidade	A conformidade com as preferências do paciente em relação a acessibilidade, a relação paciente-médico, as comodidades, os efeitos dos cuidados e os custos dos cuidados;
Legitimidade	A conformidade com as preferências sociais sobre todos os itens acima;
Equidade	A equidade na distribuição de cuidado e seus efeitos na saúde. Consequentemente, os profissionais de saúde devem ter em conta as preferências do paciente, bem como as preferências sociais na avaliação e garantia da qualidade.

Figura 9: Sete atributos da qualidade
Fonte: Adaptado de Donabedian, A. (1990).The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 114(11):1115-8.

No Brasil, após as mudanças decorrentes da publicação da Constituição Federal de 1988, que instituiu que saúde é um direito de todo cidadão, houve transformações significativas na área da saúde (Feldman et. al, 2005)

A partir dos anos 90 foi realizada uma parceria entre a Organização Pan-americana de Saúde [OPAS], a Federação Latino-Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde [MS], para elaborar um Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe.

A Organização Nacional de Acreditação, entidade não governamental e sem fins lucrativos é criada com base nos modelos regionais e internacionais de acreditação, passando por testes em 5 instituições do País. Após sua criação a organização é responsável pelo Sistema Brasileiro de Acreditação que reúne diversas entidades e instituições acreditadoras visando a segurança do paciente e melhoria do atendimento (https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico, recuperado em 30 de maio, 2016).

2.3. Gestão Hospitalar

Organizações que possuem configurações conduzidas pelo núcleo operacional e centradas no poder da especialização, ou seja, são coordenadas automaticamente pelas habilidades e conhecimentos dos profissionais que ali estão, são consideradas organizações profissionais. Isso ocorre, devido ao alto custo dos profissionais e ao elevado grau de autonomia para tomar decisões (Ghoshal, Lampel, Mintzberg, & Quinn, 2007).

Essas organizações geralmente tem pouca necessidade de supervisão direta, uma vez que o conhecimento empregado para cumprimento de seus serviços é adquirido "fora", ou seja, os profissionais saem teoricamente "prontos" das universidades e outros cursos técnicos para o mercado de trabalho. Entretanto, essa autonomia culmina na maioria das vezes, em conflitos no processo de gestão, pois pontos como coordenação, relações interpessoais interequipes e discernimento, não raro, são colocados após interesses pessoais (Ghoshal, Lampel, Mintzberg, & Quinn, 2007).

As organizações de saúde enquadram-se intrinsecamente neste perfil, uma vez que há um grande número de profissionais que exercem atividades complexas e individuais e de grande lealdade às suas profissões e não ao local aonde as exercem (Ghoshal, Lampel, Mintzberg, & Quinn, 2007).

Além da complexidade que envolve as organizações de saúde, os hospitais envolvem um ambiente dinâmico com a participação de diversos tipos de atores, áreas de conhecimento e possibilidades múltiplas para tomadas de decisão, podendo ser configurados também como um ambiente intensivo em conhecimento, tendo que ter, portanto, uma gestão de caráter altamente estratégica (Souza, & Carvalho, 2015). Além disso, por responderem às diferentes

funções, os hospitais estruturam-se por meio de políticas verticalizadas, divididas por atividades bem direcionadas, desenvolvendo uma cultura relacional própria (Senhoras, 2007).

Como consequência de grande volume de informações e conhecimentos, voltados principalmente para a área da assistência, a tecnologia usada nos hospitais está em constante aperfeiçoamento, exigindo cenários inovadores e preocupações permanentes por partes dos responsáveis na busca da competitividade, com vistas a superar os padrões assistenciais já existentes (Gonçalves, 1998).

Diariamente, os hospitais atendem a uma alta demanda, e os atendimentos aos pacientes resultam em um conjunto de procedimentos que levam a novos métodos, sempre de forma personalizada, caracterizando a atividade hospitalar como uma atividade única e complexa a qualquer outra atividade organizacional. No entanto, não existem muitas aplicações de melhores práticas e de conceito de "cadeia de valor" que padronizem estes procedimentos/métodos devido à baixa capacidade de gestão na esfera da saúde (Leão, Lira, & Moura, 2011).

A caracterização funcional de uma organização hospitalar faz com que ela se torne um sistema social aberto, vinculado a subsistemas técnicos representados pelas especializações dos conhecimentos e habilidades de profissionais como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentre outros. Por conseguinte, nenhuma pessoa ou grupo é responsável completamente pelo sucesso ou pela qualidade da experiência completa do paciente, uma vez que os profissionais são responsáveis por parte do processo, não havendo uma prestação de contas de todo o ciclo (Senhoras, 2007).

A gestão de um hospital público deve ser analisada sob o efeito da crise que envolve a saúde pública. Vecina & Malik em 1992 já propunham uma análise estrutural da crise, dividindo o gerenciamento em três pontos. O primeiro a ser considerado é a esfera política que não prioriza a saúde de forma plausível exercida, sobretudo pelos recursos limitados destinados a área, pela qualidade dos serviços oferecidos, pelo reduzido controle social, pelos critérios sempre políticos para a ocupação de cargos de gerência. O segundo aspecto, diz respeito à prática organizacional já influenciada pela debilidade do primeiro ponto: viciada por metas não planejadas, geridas por pessoas descompromissadas com a profissionalização, recursos financeiros insuficientes, e instrumentos de gestão limitados. O terceiro refere-se ao fato, de caráter individual: gestores despreparados e constantemente preocupados com as trocas

repentinas e políticas, além da desmotivação geral e típica que ocorrem no setor (Vecina & Malik, 1992).

Os serviços de saúde públicos geralmente também são configurados por não realizarem trâmites pontuais, que determinem quais meios os colaboradores devem seguir quanto ao fluxo dos serviços prestados, e frequentemente essas informações são segmentadas e desencontradas fazendo com que colaboradores realizem tarefas por repetição (Vecina & Malik, 2011). Consequentemente há necessidade de se implantar processos permanentes de gestão e de assistência, que permitam uma visão holística do negócio para que, desse modo, gestores, possam tomar decisões rápidas para obter resultados positivos dentro e fora da organização (Gonçalves, 1998).

O modo de organizar e gerir as organizações tem um significado direto nas suas operações. Essas devem desenvolver um comportamento gerencial mais integrado e abrangente, que busque a efetividade de seus processos essenciais. Por isso, os administradores devem se preocupar continuamente com a reavaliação de suas práticas administrativas a fim de garantir sustentabilidade organizacional (*Association of Business Process Management Professional* [ABPMP], 2013).

Os processos muitas vezes atravessam os limites das unidades funcionais devido as suas características de interfuncionalidade e costumam estar segmentados e encobertos pelas estruturas organizacionais. Nesse contexto, os esforços de melhoria por vezes não são centrados em processos, mas nas tarefas, pessoas ou estruturas, o que dificulta a obtenção de melhores resultados (Dávolos, 2010).

Davenport (1994) relata que processo é basicamente um conjunto de ações organizadas com começo, meio e fim, com entradas e saídas bem delimitadas com a finalidade de resultar em um produto específico para determinado usuário ou mercado.

Sob estas definições o gerenciamento de processos garante uma visão abrangente do negócio, pois faz uma análise ponta a ponta interfuncional englobando todo o fluxo executado, delimitando o meio como a organização gerenciará suas atividades, transformando assim, a cultura dessa organização (ABPMP, 2013).

Os fatores que influenciam o sucesso da gestão por processos preconizam o alinhamento da estratégia do negócio e definição da cadeia de valor ao estabelecimento de metas da

organização, e os benefícios envolverão a todos os *stakeholders*: a organização ganhará porque terá definido claramente os responsáveis por seus processos; a gerência terá facilitado o planejamento de suas estratégias poderá agir, portanto, utilizando ferramentas como benchmarking internamente e externamente com a finalidade de aprimorar e otimizar seus processos; os colaboradores ganharão porque terão ciência sobre seu papel na organização, terão clareza dos requisitos das atividades a serem cumpridas e poderão ainda ter maior reconhecimento, já que deverão trabalhar para o alcance dos resultados propostos e o cliente ganhará porque será envolvido em processos, os quais têm o compromisso de agregar valor a ele (ABPMP, 2013).

Há algumas décadas as organizações hospitalares têm buscado melhorar seus processos de gestão, com aumento da competitividade, por meio da elaboração de metas, por seus administradores, focadas na eficiência e redução de custos. Porém, esta redução de custos deve ser feita sem comprometer a qualidade dos serviços prestados (Cherubin & Santos, 1997). Tal fato decorre do processo de empresarização da saúde, pelo qual o hospital abandonou a prestação da assistência para assumir a produção de serviços (Lima& Aché, 1999).

Gonçalves em 1998, já ditava mudanças estruturais quanto a atividades hospitalares:

> A visão tradicional das organizações hospitalares, objetivando apenas uma estrutura voltada para suas próprias atividades específicas, já está superada pelos novos estilos de gestão voltados para a integração crescente e a presença ativa dos integrantes da organização e sua motivação, com resultados fartamente positivos no desempenho da instituição (Gonçalves, 1998, p. 83).

A gestão de pessoas na área da saúde também é um fator estratégico, já que está fortemente vinculada aos conceitos de confiabilidade da organização, tendo o indivíduo como um ponto chave para o alcance de resultados, dado um cenário antagônico pressionado por médicos administradores, porém voltados para o desenvolvimento técnico-científico e menos preocupados com questões de competências administrativas (Nascimento, 2013).

As ações estratégicas dos recursos humanos têm a função, além de harmonizar o contingente profissional, mas também de analisar e promover as necessidades da organização, identificando pontos fracos e fortes que deverão ser alinhados à estratégia junto ao mercado, buscando não somente resultados financeiros, no caso de organizações privadas, mas também oferecer serviços de qualidade e seguros (Gonçalves, 1998; Nascimento, 2013).

Um dos desafios para a concretização do nível de excelência em qualquer organização é a formação de liderança e a transformação do grupo de gestores em um time de elevado desempenho. Especificamente em um hospital, a integração entre profissionais voltados à assistência e à gestão é decisiva para o sucesso da instituição (Almeida & Zanni, 2011).

O uso da tecnologia da informação também é vital para as atividades na saúde, tendo em vista, que a informação processada permite maior rapidez nas ações que envolvem planejamento e execução de tarefas, evitando ações repetitivas, improdutivas e morosas (Gonçalves, 1998).

A elaboração de missão, visão, diagnóstico estratégico interno e externo, avaliação de fatores-chaves de sucesso, definição de objetivos, análise do público alvo, formalização de um plano e mensuração de desempenho, são premissas que compõem um planejamento estratégico e que contribuem se bem planificados, para diminuir, ou acabar com a discrepância entre os resultados atuais e os resultados esperados em uma organização. A questão é que esses fatores comumente não são definidos e quando são, não são aplicados em organizações de saúde rotineiramente (Chiavenato & Sapiro, 2003). E obviamente, a falta de definições basilares nas organizações de saúde pode levar a equívocos na sua gestão, na aquisição de equipamentos e de insumos, na incorporação de novas tecnologias e de treinamento de pessoal, contribuindo para a ineficiência do setor (Weingartner, Pereira, & Bernardini, 2012).

A responsabilidade social também é um elemento essencial porque representa a obrigatoriedade da organização em adotar políticas que sejam éticas em seus negócios e que ao mesmo tempo contribuam beneficamente à sociedade e a falta de clareza nos objetivos de uma organização de saúde perpassa pela limitada inserção social e na comunidade (Chiavenato & Sapiro, 2003).

2.4 Elaborando Pressupostos

A elaboração dos pressupostos deu-se por meio das informações verificadas nos polos teóricos escolhidos, com o objetivo de evidenciar os principais conceitos, definições e variáveis dos principais teóricos encontrados na literatura, a fim de se relacionar e obter a compreensão dos resultados, conclusões, limitações e contribuições da pesquisa. Segue a esquematização na Figura 10:

Questão de Pesquisa: Quais as ações vêm sendo desenvolvidas para o aprimoramento da segurança do paciente em um hospital público de São Paulo?			
Objetivo Geral: Analisar a aderência de um hospital público paulista às ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e propor estratégias para sua implementação e/ou melhoria.			
Objetivos Específicos	**Polos Teóricos**	**Pressupostos**	**Referências**
Detectar quais ações e estratégias já são realizadas pela organização relacionadas ao PNSP que promovam a segurança do paciente;	Programa Nacional de Segurança Hospitalar Cultura da Segurança do Paciente	Existe uma lacuna entre as instituições de saúde do país e a busca por processos e resultados contínuos de qualidade.	Portaria MS/GM nº 529, de 1° de abril de 2013 Capucho & Cassiani, 2013
Detectar eventuais ações do PNSP que ainda não foram implementadas;	Segurança do paciente Programa Nacional de Segurança do Paciente	Os incidentes na grande maioria das vezes são consequência de falhas do sistema, que se analisadas e planificadas, em geral, podem ser evitadas e/ou corrigidas, mesmo levando-se em consideração o fato de cada caso ser único, em razão da probabilidade de haver semelhanças e padrões de fatores de riscos.	Silva, 2014 Novaretti, Quiterio, Santos, Vasconcelos, & Daud-Gallotti, 2014
Analisar os motivos pelos quais eventuais ações do PNSP não estão sendo praticadas;	Gestão Hospitalar Cultura da Segurança do Paciente	Organizações Profissionais tendem a ter dificuldades para gerenciar seus processos organizacionais.	Ghoshal, Lampel, Mintzberg, & Quinn, 2007. Outros artigos sobre cultura de segurança do paciente Gestão hospitalar
Propor estratégias de melhoria elencadas no Programa Nacional de Segurança do Paciente para reduzir ou evitar as falhas de segurança do paciente na unidade pesquisada.	Qualidade Programa Nacional de Segurança do Paciente	Qualidade e estratégia caminham juntas, tendo em vista o atendimento das necessidades, desejos e direito do cliente.	RDC 36/13 Portaria MS/GM nº 529, de 1° de abril de 2013 Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 Portaria GM/MS 1377 de 09 de julho de 2013

Figura 10: Pressupostos da pesquisa
Fonte: A autora

3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

A ciência tem como principal objetivo chegar à verdade dos fatos e neste contexto não difere de outras formas de conhecimento, no entanto, o conhecimento científico se distingue de outros conhecimentos, em razão da sua verificabilidade (Gil, 2008). Vários estudiosos de metodologia científica fazem considerações sobre o emprego de métodos científicos em ciências sociais.

Lakatos & Marconi (2003 p.83) afirmam que "não existe ciência sem a utilização de métodos científicos, visto que o método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo".

Já Martins & Theóphilo (2009 p. 37) discorrem que "a metodologia objetiva aperfeiçoar os procedimentos e critérios de uma pesquisa, enquanto método é o caminho pelo qual se pretende percorrer para chegar a um determinado resultado".

Laville & Dionne (1999 p. 11) afirmam que pesquisar em geral é perceber um problema teórico ou prático a ser resolvido, formular uma hipótese, testá-la e tirar conclusões, e que para esta finalidade, é imprescindível o afinco de se trabalhar o método, com vistas a garantir a confiabilidade dos resultados apresentados.

Outros autores como Gil (2002), Martins & Theóphilo (2009) e Yin (2015), apontam que as várias etapas de uma pesquisa são compostas pela formulação do problema, construção do objetivo, identificação do tipo de pesquisa, a dimensão da amostra a ser pesquisada, construção de instrumentos e estratégias a serem adotadas para a coleta de dados, a análise dos mesmos e o cronograma de execução, bem como, a elucidação dos resultados e sua publicação. Segue fluxo das etapas de uma pesquisa na Figura 11:

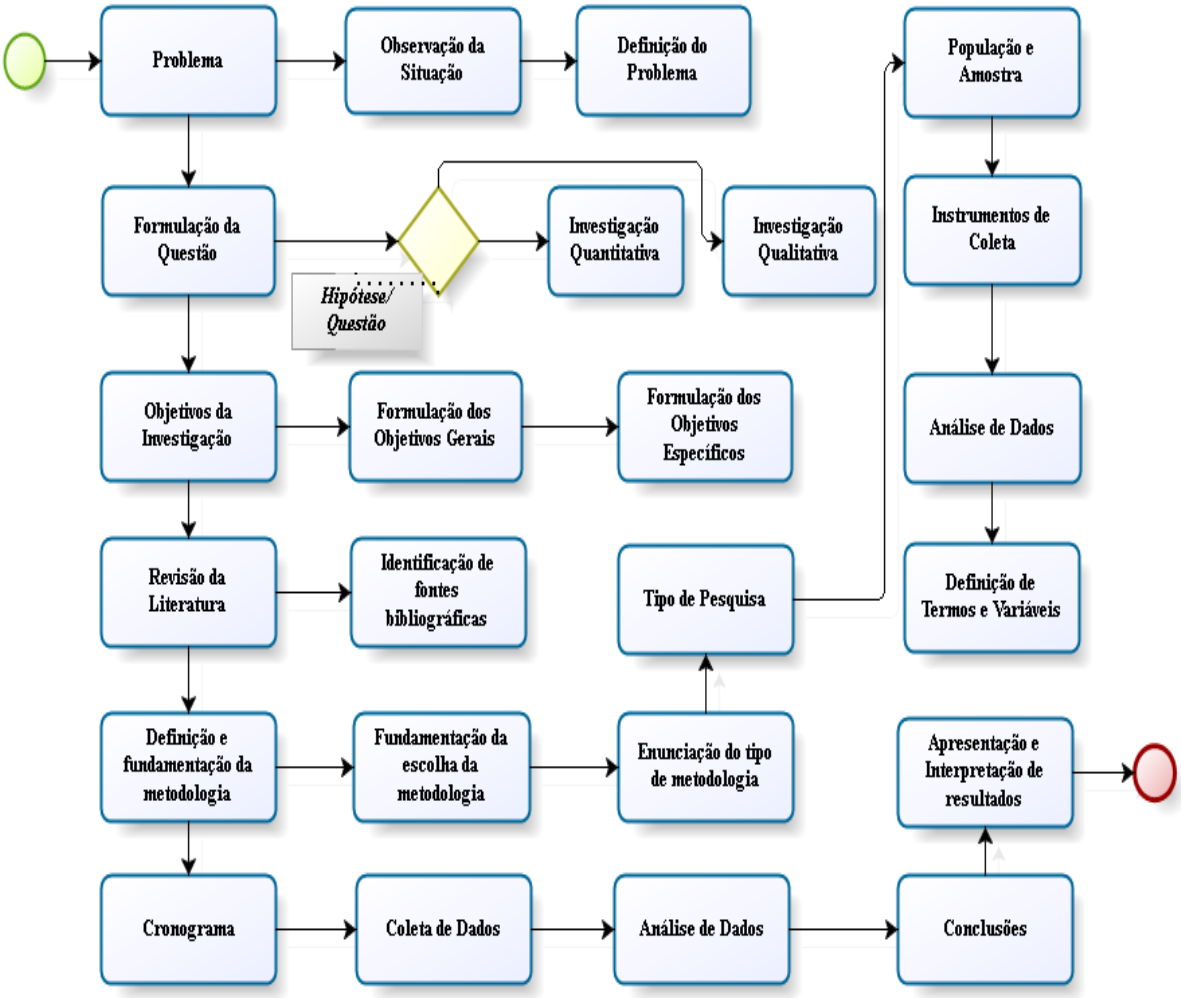

Figura 11: Etapas da investigação de uma pesquisa
Fonte: Adaptado de Myprofweb (https://myprofweb.wordpress.com/2011/01/10/fluxograma-etapas-da-investigacao-na-educacao/).

Para cada tipo de estudo, há um método que melhor se adequa, embora muitas vezes, existe a adoção de vários elementos e técnicas para se chegar a um resultado. Portanto, é imprescindível que o autor seja versátil e criterioso para assegurar o controle de qualidade durante todo o processo da pesquisa (Martins & Theóphilo, 2009).

3.1. Desenho geral do estudo

Para responder à questão de pesquisa, utilizou-se um método indutivo, uma abordagem descritiva, uma estratégia de estudo caso único, e para tanto realizou-se um *survey* com coleta de dados em corte único e transversal, com aplicação de uma entrevista com questões semiestruturadas (Malhotra, 2012).

A definição do método da pesquisa realizada neste trabalho foi consequência da necessidade de se obter conhecimento da aderência ou não do hospital participante ao Programa Nacional de Segurança do Paciente. Para isso, foi utilizado o método indutivo. Segundo Gil (2008 pp.10), o método indutivo permite a "observação dos fatos cujas causas deseja-se conhecer, para que em seguida seja realizada a comparação das mesmas e assim descobrir se há relação entre elas", tendo a classificação, fruto da generalização, um produto posterior à coleta dos dados (Lakatos & Marconi,2003).

A abordagem adotada também é um processo importante, porque conforme Gil (2008) ela sistematiza todo o desenvolvimento do método científico. Neste estudo, foi escolhida a pesquisa descritiva que tem como finalidade descrever o que caracteriza um determinado fenômeno, população, ou a relação entre variáveis. O processo descritivo visa detectar, registrar e analisaras características e fatores que se relacionam com o fenômeno ou processo. Esse tipo de pesquisa pode ser compreendido como um estudo de caso porque depois da coleta de dados, é realizado um diagnóstico das relações entre os atributos para posteriormente, determinar os efeitos resultantes em uma organização (Perovano, 2014).

Como estratégia foi realizado um estudo de caso único, uma vez que, segundo Yin (2015) é adequado para se obter informações a respeito do entendimento dos fenômenos individuais, organizacionais, políticos e sociais, visto que neste tipo de estudo, pode-se investigar esses fenômenos dentro do seu contexto real de maneira profunda e exaustiva, respondendo questões que envolvem o "como" e o "porquê" de determinada situação a ser estudada.

O estudo de caso é uma estratégia que busca coletar e examinar o máximo de informações possíveis sobre o objeto estudado de forma a compreender e inter-relacionar todas as variáveis encontradas de maneira abrangente e profunda, exigindo do pesquisador criatividade, perseverança e análise crítica (Martins & Theóphilo, 2009).

Para Gil (2002), estudo de caso é um estudo complexo, que exige do pesquisador uma ampla e exaustiva pesquisa sobre um determinado objeto, de maneira a buscar o conhecimento a respeito do tema de forma profunda e detalhada. Um caso pode ser qualquer coisa que compartilhe o mesmo ambiente e a mesma experiência.

O problema de pesquisa é o norte para a escolha da estratégia a ser traçada. Os problemas geradores de estudos de caso surgem de casos intrigantes, identificados a partir da busca do pesquisador em explicar um dado fenômeno a partir da prática. Os estudos de casos são convenientes quando existe a pretensão de compreender o dinamismo organizacional, dos atos informais aos formais estabelecidos pela organização, favorecendo ao pesquisador um entendimento abrangente e integrado da realidade organizacional (Godoi et. al, 2006).

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas que segundo Martins & Theóphilo (2009):

> É uma técnica de pesquisa que é conduzida com o uso de um roteiro, mas com liberdade de serem acrescentadas novas questões pelo entrevistador, cujo objetivo básico é entender e compreender o significado que entrevistados atribuem a questões e situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente, com base nas suposições e conjecturas do pesquisador (p.88).

Os autores afirmam ainda que uma entrevista pode oferecer elementos de grande valia, já que confirma as evidências coletadas de fontes diversas, viabilizando triangulações e, por conseguinte, um aumento do grau da confiabilidade da pesquisa, além de oferecer diferentes ângulos acerca de um determinado fato, tendo em vista o fato de propiciar “um olhar” de diferentes entrevistados.

Já, Gil (2008) define entrevista como uma técnica em que o pesquisador posiciona-se frente ao investigado com a intenção de obter dados que interessem ao estudo, portanto, a caracteriza como uma técnica de interação social.

O autor salienta também, que esta técnica é bastante utilizada nos cenários que envolvem ciências sociais, posto que a maioria dos profissionais desta área a utilizam, não somente para coletar dados, mas com o objetivo voltado para diagnóstico e orientação.

E em razão de sua flexibilidade, ela pode ser adotada nos mais diversos graus de investigação, podendo-se ainda afirmar que nas últimas décadas o desenvolvimento das

ciências sociais teve um importante desempenho graças a sua aplicação e como vantagem, os dados resultantes de uma entrevista são passíveis de classificação e de quantificação.

3.2. Delineamento da pesquisa

Primeiramente como sugerido por Yin (2015) e por Gil (2002) foi traçada a problemática em questão, tendo em vista o fato do estudo de caso ser organizado em torno de questões que se referem ao porquê da investigação e como realizar a investigação. Esta etapa é complexa e deve ser revista ao longo de todo o processo para não se perder o foco da pesquisa.

Definida a problemática, foram analisados os pressupostos teóricos, tomados pela revisão bibliográfica no capítulo 2, aonde foram abordados os principais teóricos da literatura. Os temas foram qualidade, segurança do paciente e gestão hospitalar esquematizados na figura 12com o intuito de nortear o objetivo principal deste estudo.

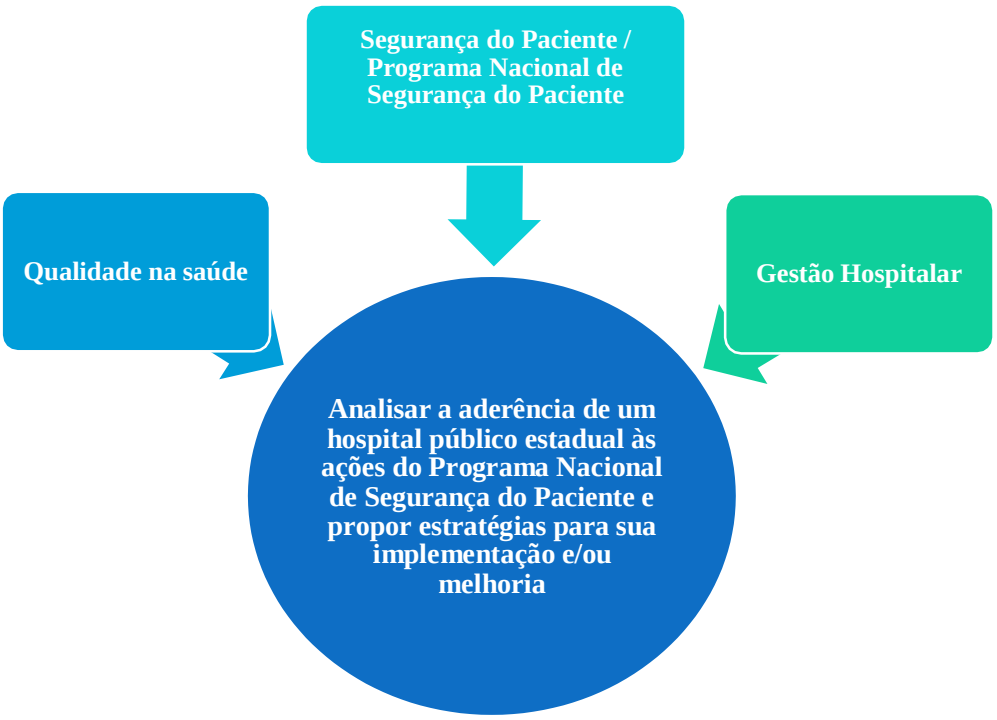

Figura 12: Polarização teórica do estudo.
Fonte: A autora

3.3 Cenário e contexto de estudo

O objeto de aplicação do estudo é, um hospital público da periferia de São Paulo, inaugurado em 1991, resultado de um dos projetos do Programa Metropolitano de Saúde da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, e da reivindicação da população local. Localiza-se na região noroeste do Município de São Paulo. Está situado numa das regiões mais carentes em recursos de saúde do município, atendendo uma população estimada em 758.000 habitantes, com núcleos populacionais formados em sua maioria por indivíduos de baixa renda, além de extensa área rural e até mesmo indígena. Esse equipamento hospitalar tem capacidade para 229 leitos que são classificados como 192 leitos operacionais e 37 de apoio. É considerado um hospital geral tipo "porta aberta", isto é, atende à demanda espontânea, com uma média mensal de 31.339 pacientes atendidos no pronto socorro adulto e 5.700 pacientes no pronto socorro pediátrico em 2015. Tem uma média de internação de 900 pacientes/mês e realiza, em média 200 cirurgias e 200 partos mensais. Possui três salas cirúrgicas e três salas de parto, sendo duas salas para partos normais e outra somente para cesáreas.

O hospital é composto por seis clínicas: clínica médica, cirúrgica, UTI Adulto e neonatal e pediatria, obstetrícia e psiquiatria. Dispõe de serviços de diagnóstico por imagem, medicina física e reabilitação, banco de sangue, ouvidoria, nutrição e dietética.A equipe de trabalho é formada por 1256 colaboradores, distribuída em áreas multidisciplinares. Destes, 247 são médicos (224 servidores e 23 terceirizados), 478 fazem parte da equipe de enfermagem, 145 são da área administrativa, 144 são prestadores de serviços de empresas terceirizadas, exercendo suas funções relacionadas à higiene e limpeza, portaria, segurança, recepção do pronto-socorro e visitas e entrega motorizada de documentos.

O hospital tem como missão, "promover assistência em saúde qualificada com atendimento humanizado aos usuários, respeitando a diversidade das comunidades assistidas, observando a individualidade de cada cliente e família". Além disso, conforme diretrizes da unidade, os gerentes de cada área devem estimular as equipes de trabalho, valorizando princípios como compromisso, aprendizado contínuo e respeito mútuo.

Embora haja a preocupação da unidade hospitalar em oferecer serviços de qualidade, como a maior parte dos serviços de saúde públicos, tem enfrentado problemas financeiros e de alta demanda, devido à escassez dos serviços de saúde na região, comprometendo diretamente os serviços oferecidos.

Diante deste cenário, esta pesquisa tem a intenção de descobrir se há aderência desta unidade ao programa nacional de segurança do paciente, seu nível de aplicação de protocolos e explorar possíveis motivos, caso não haja a implantação dos mesmos, além de propor melhorias para processos já implantados e/ou sugerir a implantação desses protocolos.

3.4. Aprovação do comitê de ética

Preliminarmente, o projeto foi inscrito, obedecendo aos preceitos da Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012, na Comissão de Ética e Ensino da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, por meio da plataforma Brasil sob o CAAE N.º 59155316.0.0000.5511 e aprovado sob o PARECER N.º 1.781.530. Por exigência daquele comitê, para cada participante foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.5. Procedimentos de coleta de dados

A amostra desta pesquisa foi obtida por conveniência, isto é, foram utilizados como critério de seleção do perfil dos entrevistados, o fato de que segurança do paciente possui um caráter de prioridade estratégica dentro de uma organização e, consequentemente, prioridades organizacionais são definidas por seus gestores, assim sendo, foram entrevistados os diretores e supervisores e alguns chefes de área, conforme Figura 13.

As entrevistas foram realizadas de acordo com os plantões dos supervisores e diretores, agendadas previamente com os mesmos para serem realizados, momentos antes do início do plantão, no caso da assistência, e no horário do almoço com os diretores, com o propósito de ser mantido um clima amistoso, que de acordo com Martins & Theóphilo (2009), propícia respostas chaves e opiniões sobre determinados fatos, corroborando ao pesquisador percepções e interpretações de eventos e fontes diversas, e para assim aumentar a confiabilidade do estudo.

Entrevistados
Responsável pelo Núcleo de Segurança
Responsável pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
Responsável pela Educação Continuada
Responsável pela Ouvidoria
Diretor Grupo Técnico Hospitalar
Diretora Materiais e Medicamentos
Diretora Higiene e Limpeza Hospitalar
Diretora de Finanças
Diretora de Administração
Diretor Técnico de Manutenção
Diretor de Nutrição e Dietética
Chefe da Farmácia
Diretora Divisão de Apoio Clínico
Diretor do Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Supervisor da Medicina Física
Supervisor Psiquiatria
Diretor do Laboratório
Chefe do Serviço Social
Chefe da Agência Transfusional
Diretor do Serviço de Diagnóstico por Imagem
Diretor Técnico de Departamento
Diretor da Divisão Médica
Diretor Médico de Urgência e Emergência
Diretor Médico do Serviço Clínico
Supervisor Médico Ortopedia
Supervisor Médico G.O.
Supervisor Médico Pediatria
Supervisor Médico Clínica Médica
Assistente Técnico de Direção I
Assistente Técnico de Direção II
Diretor de Divisão de Enfermagem

Diretor Enfermagem de Urgência e Emergência
Diretor Enfermagem do Ambulatório
Supervisor Enfermagem da Clínica Médica
Supervisor Enfermagem da Clínica Cirúrgica
Supervisor Enfermagem da Clínica Obstétrica
Supervisor Enfermagem Neonatal
Supervisor Enfermagem do Centro Cirúrgico
Supervisor Enfermagem da Clínica Pediátrica
Diretor de Recursos Humanos
Chefe de Departamento Pessoal
Chefe da Seleção
Chefe de Desenvolvimento
Diretora da Medicina do trabalho

Figura 13: Entrevistados
Fonte: A autora

Todos os colaboradores da unidade foram informados sobre o objetivo da pesquisa e sobre sua participação livre e voluntária, assim como, da necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fornecido, o qual foi assinado frente e verso.

O roteiro foi elaborado com 45 questões, baseadas e agrupadas de acordo com os seis protocolos de segurança do paciente instituídos pelo programa nacional de segurança do paciente com objetivo de avaliar se a instituição hospitalar e os responsáveis pelas áreas citadas conheciam sobre segurança do paciente e quais ações estavam sendo desenvolvidas de acordo com o programa, além de fornecer informações para mapear possíveis falhas junto a estes processos.

As perguntas de 01 a 06 tiveram por objetivo identificar sexo, idade, tempo de trabalho e ocupação no cargo, nível de escolaridade e formação.

As perguntas de 07 a 18 envolveram o tema segurança do paciente e visavam verificar o nível de intimidade do entrevistado com o assunto e, por conseguinte, averiguar se naquela unidade hospitalar havia algum tipo de divulgação e/ou trabalho sendo realizado sobre o tema.

As perguntas de 19 a 27 estavam embasadas no protocolo de identificação do paciente e visavam identificar se haviam processos que envolviam a correta identificação do paciente e que preveniam a ocorrência de erros e enganos decorrentes da falta de identificação.

As perguntas de 28 a 30 foram realizadas com base no protocolo de higienização das mãos e visavam identificar os procedimentos de higiene junto aos colaboradores e pacientes dentro da instituição.

As perguntas de 31 a 35 visavam identificar se na unidade estavam implantados processos que envolviam procedimentos cirúrgicos que assegurassem ao paciente o que prima o protocolo de cirurgia segura: procedimentos em local e paciente correto.

As perguntas 36 e 37 objetivavam conhecer se havia a promoção da prática segura no uso de medicamentos.

As perguntas de 38 a 42 visavam apurar se na Unidade existiam medidas que promoviam um ambiente seguro aos pacientes com o gerenciamento de risco de quedas.

As perguntas de 43 a 45 tinham a finalidade de verificar se havia na unidade processos que envolviam a prevenção da úlcera por pressão.

As questões, 12, 17, 19,23, 28, 31, 36, 38 e 43 haviam alternativas para acrescentar comentários, com o objetivo de conhecermos com maior profundidade o instituição.

3.6 Procedimentos e análise de dados

As questões foram impressas e após o preenchimento, lançadas na plataforma eletrônica online *surveymonkey*® pela autora.

O roteiro incluiu questões que foram avaliadas a partir da escala tipo *Likert*, categorizadas por meio de grau de concordância e frequência relativa de comportamento. A análise de cada questão foi estimada com base no percentual de respostas, os quais valores percentuais mais altos ou mais baixos indicam percepções positivas ou negativas relacionadas àquele item.

3.7 Limitações da pesquisa

Os riscos envolvidos nas pesquisas que envolvem uma única instituição participante podem, por vezes, não ser totalmente replicadas em outras organizações congêneres. Entretanto, como o hospital participante deste estudo tem características de infraestrutura, de pessoal e de gestão semelhantes a outras unidades no Estado de São Paulo, o que reduz essa probabilidade. A coleta de informações será feita por um único pesquisador, o que também reduz os eventuais problemas devido à assimetria de interpretação das informações coletadas.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados que caracterizam os participantes segundo o sexo, idade, tempo de atuação na instituição e no cargo de ocupação, formação e nível de escolaridade. Os entrevistados em sua maioria pertencem à área assistencial (58,14%), são do sexo feminino (72,42%), e tem especialização completa ou pós-graduação stricto sensu em andamento ou finalizada (67,3%). Quanto à idade, 21 (48,84%) tem 50 anos ou mais. Percebe-se também, que os profissionais trabalhavam em sua maior parte, há mais de 10 anos (76,80%) na instituição hospitalar e que 24 (55,80%) estavam a mais de 10 anos ocupando o cargo de atuação.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes (n=43) segundo características demográficas.

Variável	Características	N	%
Formação	Enfermeiro	16	37,21
	Médico	9	20,93
	Outros*	18	41,86
Sexo	Feminino	32	74,4
	Masculino	11	25,6
Idade	Menos que 29	1	2,33
	De 30 a 39	3	6,98
	De 40 a 49	18	41,86
	De 50 a 59	20	46,51
	Mais que 60	1	2,33
Nível de Escolaridade	Ensino médio completo	5	11,64
	Superior Completo	8	18,6
	Especialização em Andamento	1	2,33
	Especialização completa	1	58,11
	Mestrado em Andamento	1	2,33
	Mestrado completo	1	2,33
	Doutorado em andamento	0	0
	Doutorado Completo	1	2,33
	Pós-doutorado	1	2,33

*outros=administrador, psicólogo, oficial administrativo, fonoaudiólogo, farmacêutico, assistente social, biólogo, fisioterapeuta, arquiteto, psicopedagogo, nutricionista, advogado.

De acordo com as tabelas 2 a 6, que apresentam os resultados identificados na dimensão segurança do paciente, pode-se verificar que o conhecimento sobre segurança do paciente não é uniforme entre os gestores participantes do estudo. Observa-se que 2 (4,66%) dos participantes não sabem o que é segurança do paciente e 6 (13,95%) gestores sugerem ter conhecimento superficial sobre segurança do paciente, totalizando 8 (18,6%) da nossa amostra (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das respostas dos gestores do hospital participante do estudo quanto ao seu conhecimento sobre segurança do paciente.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Discordo totalmente	0	0	1	1	2,33%
Discordo	0	0	1	1	2,33%
Nem discordo nem concordo	2	0	4	6	13,95%
Concordo	3	14	7	24	55,81%
Concordo totalmente	4	2	5	11	25,58%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Na tabela 3 nota-se que 4 (9,3%) dos participantes desta pesquisa não conhecem o programa nacional de segurança do paciente e que 9 (20,9%) tem conhecimento superficial sobre o PNSP.

Tabela 3. Distribuição das respostas dos gestores do hospital participante do estudo quanto ao conhecimento sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Discordo totalmente	1	0	2	3	7,0%
Discordo	0	0	1	1	2,3%
Nem discordo nem concordo	2	1	6	9	20,9%
Concordo	3	14	5	22	51,2%
Concordo totalmente	3	1	4	8	18,6%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	**43**	***100***

Entretanto, quando avaliado se o hospital participante desenvolve ações que promovam a segurança do paciente, 14(32,6%) não concordam ou mostram incerteza quanto a esta afirmativa (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das respostas dos gestores quanto ao desenvolvimento de ações que promovam a segurança do paciente no hospital pesquisado.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Discordo	0	3	0	3	7.0%
Nem discordo nem concordo	4	2	4	10	23.3%
Concordo	4	10	12	26	60.5%
Concordo totalmente	1	0	2	3	7.0%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	**43**	***100***

Segundo as informações prestadas pelos gestores na tabela 5, 18 (41,8%) referem que a gestão de risco do hospital participante não se reuniu com suas áreas para discorrer sobre segurança do paciente até a data da coleta de dados para esta pesquisa. Entretanto, na tabela 6, a maioria dos gestores relata que já se reuniu com outras áreas sobre segurança do paciente 30 (69,80%).

Tabela 5. Distribuição das respostas dos gestores quanto à visita da gestão de risco do hospital participante a cada área dos gestores para explanar sobre segurança do paciente.

Opções de respostas	**Médico**	**Enfermeiro**	**Outros**	**N Total de Respostas**	**% Total de Respostas**
Discordo totalmente	0	1	4	5	11,6%
Discordo	2	6	5	13	30,2%
Nem discordo nem concordo	1	2	3	6	14%
Concordo	5	6	6	17	39,5%
Concordo totalmente	1	1	0	2	4,7%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 6. Distribuição das respostas dos gestores quanto a reunião com outros gestores do hospital participante sobre segurança do paciente.

Opções de respostas	**Médico**	**Enfermeiro**	**Outros**	**N Total de Respostas**	**% Total de Respostas**
Sim, uma vez	0	1	2	3	7%
Sim, frequentemente	1	2	4	7	16,3%
Sim, as vezes	4	10	6	20	46,5%
Não	2	3	3	8	18,6%
Não sabe	2	0	3	5	11,6%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

As tabelas de 7-12 exploram o conhecimento sobre a classificação da Segurança do Paciente no hospital pesquisado. Na tabela 7, pode-se verificar que a maioria dos gestores 31(72,1%) classifica o evento adverso como um incidente de segurança que causa dano ao paciente. Os outros incidentes de segurança não são tão conhecidos. Apenas 3 (7%) dos entrevistados não sabem classificar os tipos de incidentes de segurança do paciente.

Tabela 7– Distribuição das respostas dos gestores quanto ao conhecimento sobre os tipos dos incidentes de segurança do paciente, conforme OMS (2009)*

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total de Respostas	% Total de Respostas
Evento adverso (causa dano ao paciente)	7	10	14	31	72,1%
Quase erro	2	8	9	19	44,2%
Ocorrência comunicável	5	8	10	23	53,5%
Incidente sem danos	5	12	8	25	8,1%
Outro	0	0	0	0	0%
Não sabe	1	0	2	3	7,0%
Total de Respostas	***20***	***38***	***43***	***101***	***184,8***

*A frequência é superior a 100%, pois cada participante pode assinalar mais de uma alternativa.

Quando uma falha na segurança do paciente é percebida e corrigida antes de afetar o paciente, na maioria das vezes não é relatada, conforme mostra a tabela 8.

Na tabela 9, também pode-se observar que não há notificação na maioria das vezes, quando uma falha na segurança acontece mas não há risco de dano ao paciente.

Também na tabela 10, uma minoria notifica quando uma falha na segurança tem o potencial de causar dano ao paciente, mas não se concretiza.

Tabela 8–Distribuição das respostas dos gestores quanto à frequência de notificação de uma falha na segurança do paciente ser percebida e corrigida antes de afetar o paciente.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total de Respostas	% Total de Respostas
Nunca	1	0	3	4	9,3%
Raramente	4	3	2	9	20,9%
Ás vezes	1	3	3	7	16,3%
Quase sempre	2	8	3	13	30,2%
Sempre	0	2	2	4	9,3%
Não sabe	1	0	5	6	14%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 9. Distribuição das respostas dos gestores quanto à frequência de notificação de uma falha na segurança do paciente quando há um erro mas não há risco de dano ao paciente.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total de Respostas	% Total de Respostas
Nunca	1	0	2	3	7%
Raramente	4	3	1	8	18,6%
Ás vezes	1	4	6	11	25,6%
Quase sempre	2	7	2	11	25,6%
Sempre	0	2	2	4	9,3%
Não sabe	1	0	5	6	14%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 10. Distribuição das respostas dos gestores quanto à frequência de notificação de uma falha na segurança do paciente quando ocorre uma falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total de Respostas	% Total de Respostas
Nunca	1	0	2	3	7%
Raramente	4	2	2	8	18,6%
Ás vezes	0	5	4	9	20,9%
Quase sempre	3	5	2	10	23,3%
Sempre	0	4	3	7	16,3%
Não sabe	1	0	5	6	14%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Na tabela 11, os gestores relatam que uma falha na segurança do paciente é investigada na maioria das vezes quando notificada 23 (53,5%), porém não regularmente para 16 (37,2%) dos entrevistados.

Tabela 11. Distribuição das respostas dos gestores quanto à frequência de investigação de uma falha na segurança do paciente quando notificada.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total de Respostas	% Total de Respostas
Nunca	0	0	0	0	0%
Raramente	2	2	1	5	11,6%
Ás vezes	0	6	5	11	25,6%
Quase sempre	3	2	1	6	14%
Sempre	3	6	8	17	39,5%
Não sabe	1	0	3	4	9,3%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Em relação às atitudes tomadas pela instituição quando uma falha na segurança do paciente é notificada, a medida mais frequentemente implementada consiste no treinamento do(s) colaborador(es) envolvido(s), apontado por 27 (62,8%) dos gestores participantes deste estudo. Ainda se observa algum grau de punição do(s) colaborador(es) envolvidos nas falhas de segurança do paciente relatada por 11 (25,7%) dos gestores e aproximadamente 4 (9,3%) dos respondentes não reportam incidentes de segurança do paciente em suas unidades.

Tabela 12. Distribuição das respostas dos gestores em relação às medidas que são implementadas para evitar que reincidência de falhas na segurança de pacientes no hospital pesquisado.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Treinamento do(s) colaborador(res) envolvido(s)	5	10	12	27	62,8%
Punição do(s) colaborador(es) envolvido(s)	0	3	0	3	7%
Demissão do(s) colaborador(res) envolvido(s)	0	0	0	0	0%
Transferência de turno /área do(s) colaborador(es) envolvido(s)	1	1	0	2	4,7%
Punição, treinamento/ retreinamento do(s) colaborador(es) envolvido(s)	1	3	2	6	14%
A unidade onde você trabalha não documenta falhas	1	1	2	4	9,3%
Outras	5	1	6	12	27,9%
Total de Respostas	***13***	***19***	***22***	***54***	***125,7***

***A somatória é superior a 100%, porque mais de uma resposta pôde ser assinalada.**

A divulgação do relatório de eventos adversos aos gestores de área, conforme tabela 13, não tem sido feito de modo regular, sendo que apenas 23 (53,5%) dos entrevistados relataram que são informados sobre mudanças implementadas para melhorar a segurança do paciente na instituição pesquisada.

Tabela 13. Distribuição das respostas dos gestores quanto à divulgação das mudanças implementadas para melhorar a segurança do pacientes no relatório mensal de eventos adversos ocorridos no hospital participante deste estudo.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total de Respostas	% Total de Respostas
Discordo totalmente	0	0	1	1	2,3%
Discordo	1	6	2	9	20,9%
Nem discordo nem concordo	4	2	4	10	23,3%
Concordo	4	8	9	21	48,8%
Concordo totalmente	0	0	2	2	4,7%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

A seguir, na tabela 14, pudemos constatar que não houve implantação plena da identificação segura do paciente, uma vez que somente 17(51,2%) dos respondentes identificaram uma ou mais áreas em que já foi implementada essa medida de segurança do

paciente. Ressalta-se que 25 (27,9%) não souberam informar (tabela 14). Também deve-se salientar que para 18 (41,9%) dos participantes desta pesquisa, não há identificação do paciente imediatamente após a sua entrada no hospital (tabela 15), embora 38(88,4%) dos gestores reconheçam o seu diferencial positivo na questão de segurança do paciente (tabela 16).

Tabela 14– Distribuição das respostas dos gestores quanto à implantação da Identificação Segura do Paciente no hospital participante deste estudo.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total de Respostas	% Total de Respostas
Sim, em todo o hospital	2	6	3	11	25,6%
Sim, na maior parte do hospital	1	2	1	4	9,3%
Sim, em poucas áreas do hospital	4	2	6	7	27,9%
Sim, em uma única área do hospital	0	0	0	0	0%
Não implantou	3	5	1	9	20,9%
Não sabe	1	2	9	25	27,9%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 15. Distribuição das respostas dos gestores quanto à identificação imediata do Paciente no hospital participante deste estudo.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	% Total de Respostas	% Total de Respostas
Discordo totalmente	2	2	0	4	9,3%
Discordo	2	4	2	8	18,6%
Nem discordo nem concordo	1	3	2	6	14%
Concordo	4	6	8	18	41,9%
Concordo totalmente	0	1	6	7	16,3%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 16. Distribuição das respostas dos gestores quanto à percepção de que a pulseira de identificação do paciente é um diferencial positivo para a segurança do paciente.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	% Total de Respostas	% Total de Respostas
Discordo totalmente	0	1	0	1	2,3%
Discordo	0	0	1	1	2,3%
Nem discordo nem concordo	1	1	1	3	7%
Concordo	5	8	9	22	51,2%
Concordo totalmente	3	6	7	16	37,2%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Quanto ao conteúdo das pulseiras/etiquetas (tabela 17) apenas 24 (55,8%) concordam que os dados dos materiais estão sempre completos e corretos, e 12 (27,9%) ficaram em dúvida quanto a exatidão de dados constantes na identificação de pacientes pelo hospital participante deste estudo.

Tabela 17. Distribuição das respostas dos gestores quanto ao conteúdo sempre correto das pulseiras de identificação e etiquetas dos pacientes.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total de Respostas	% Total de Respostas
Discordo totalmente	0	1	0	1	2,3%
Discordo	1	3	2	6	14,0%
Nem discordo nem concordo	3	2	7	12	27,9%
Concordo	5	9	6	20	46,5%
Concordo totalmente	0	1	3	4	9,3%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

A seguir a tabela 18, mostra que para 12 (27,9%) dos gestores sempre há falta de etiquetas/pulseiras de identificação do paciente.

Quanto aos treinamentos (tabela 19), 18(41,9%) não souberam responder se já havia sido realizado treinamento para a correta identificação do paciente e 14(32,6 %) (tabela 20) indicaram que nem sempre ou nunca confirmaram a identidade do paciente antes do processo do cuidado.

Quanto à comunicação sobre alguma incoerência com a pulseira (tabela 21), 23 (55,8%) afirmaram comunicar um superior caso percebam algo de errado e 14(32,6%) (tabela 22) informaram que comunicam ao paciente que ele pode e deve participar do processo de identificação do paciente.

Tabela 18. Distribuição das respostas quanto disponibilidade das pulseiras e etiquetas de identificação do paciente:

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total de Respostas	% Total de Respostas
Nunca falta	1	0	0	1	2,3%
Sempre falta	2	8	2	12	27,9%
Sempre tem, mas é colocado apenas no prontuário	1	0	1	2	4,7%
Sempre tem, e sempre é colocado apenas no paciente	0	1	0	1	2,3%
Sempre tem, e sempre é colocado no paciente e no prontuário	0	0	3	3	7,0%
Tem na maioria das vezes	5	7	12	14	55,9%
Quando falta como o paciente é identificado?	2	2	6	10	23,3%
Total de Respostas	**11**	**19**	**24**	**43**	**123,4**

***A somatória é superior a 100%, porque mais de uma resposta pôde ser assinalada.**

Tabela 19. Distribuição das respostas quanto à capacitação para a correta identificação do paciente.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	% Total Respostas	% Total Respostas
Discordo totalmente	0	0	0	0	0,0%
Discordo	3	4	2	9	20,9%
Nem discordo nem concordo	3	6	9	18	41,9%
Concordo	3	6	6	15	34,9%
Concordo totalmente	0	0	1	1	2,3%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 20. Distribuição das respostas para verificar se existe a confirmação da identidade do paciente antes do processo do cuidado.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Nunca	0	0	2	2	4,7%
Raramente	0	1	0	1	2,3%
Ás vezes	0	2	2	4	9,3%
Quase sempre	1	3	3	7	16,3%
Sempre	6	10	7	23	53,5%
Não sabe	2	0	4	6	14,0%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 21. Distribuição das respostas para verificar se existe a comunicação a um superior caso o colaborador perceba que tem algo de errado com a pulseira de identificação ou se, esta, encontra-se ausente.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Nunca	1	2	1	2	9,3%
Raramente	0	0	2	1	4,7%
Ás vezes	0	0	0	4	0,0%
Quase sempre	0	4	0	7	9,3%
Sempre	6	9	9	23	55,8%
Não sabe	2	1	6	6	20,9%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 22. Distribuição das respostas quanto à participação dos pacientes e acompanhantes no processo de identificação.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Nunca	3	0	1	4	9,3%
Raramente	0	2	2	4	9,3%
Ás vezes	2	1	2	5	11,6%
Quase sempre	0	4	2	6	14,0%
Sempre	2	8	4	14	32,6%
Não sabe	2	1	7	10	23,3%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Na dimensão higienização das mãos (tabela 23),36 (83,7 %) indicaram que a prática correta da higienização das mãos foi implantada no hospital, 38 (88,4%) (tabela 24) foram treinados para higienizar as mãos corretamente e 39 (90,7%) (tabela 25) sempre higienizam as mãos antes de ter contato com o paciente.

Tabela 23. Distribuição das respostas quanto à implantação da prática correta higienização das mãos.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Sim, em todo o hospital	6	13	14	33	76,7%
Sim, na maior parte do hospital	1	2	0	3	7,0%
Sim, em poucas áreas do hospital	1	0	0	1	2,3%
Sim, em uma única área do hospital	0	0	0	0	0,0%
Não implantou	0	0	0	0	0,0%
Não sabe	1	1	4	6	14,0%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 24. Distribuição das respostas quanto ao treinamento para higienizar as mãos adequadamente.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Discordo totalmente				1	2,3%
Discordo	0	1	0	1	2,3%
Nem discordo nem concordo	2	0	1	3	7,0%
Concordo	3	9	7	19	44,2%
Concordo totalmente	4	6	9	19	44,2%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 25. Distribuição das respostas quanto à higienização das mãos antes de manter contato com o paciente.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Nunca	0	0	1	1	2,3%
Raramente	0	0	0	0	0,0%
Ás vezes	0	0	1	1	2,3%
Quase sempre	2	0	2	4	9,3%
Sempre	6	16	13	35	81,4%
Não sabe	1	0	1	2	4,7%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Na tabela 26, demonstra-se que não houve a implantação do protocolo de cirurgia segura do paciente, visto que somente 8 (18,6%) responderam que foi implantado em todo ou na maior parte do hospital, e que 20 (46,5%) não souberam informar se existe esta prática dentro do hospital pesquisado.

Também ressalta-se que 19 (44,4%) dos participantes desta pesquisa desconhecem se pelo menos é realizada a lista de verificação de cirurgia segura em algum momento da internação, enquanto 9 (21%) afirmam que não é realizada (tabela 27).

Tabela 26. Distribuição das respostas quanto à implantação da prática para realização de cirurgia segura.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total de Respostas	% Total Respostas
Sim, em todo o hospital	2	1	2	5	11,6%
Sim, na maior parte do hospital	1	2	0	3	7,0%
Sim, em poucas áreas do hospital	0	3	0	3	7,0%
Sim, em uma única área do hospital	0	1	0	1	2,3%
Não implantou	4	4	3	11	25,6%
Não sabe	2	5	13	20	46,5%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 27. Distribuição das respostas quanto à realização da lista de verificação de cirurgia segura antes, durante e depois da cirurgia.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total de Respostas	% Total Respostas
Nunca	2	3	2	7	16,3%
Raramente	1	0	1	2	4,7%
Ás vezes	1	2	1	4	9,3%
Quase sempre	2	2	1	5	11,6%
Sempre	1	3	2	6	14,0%
Não sabe	2	6	11	19	44,2%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

A tabela 28 demonstrou que 11 (25,6%) dos entrevistados responderam que não é realizada a marcação da lateralidade e 20 (46,5%) disseram que não sabem se esta é uma prática adotada pelo hospital (tabela 28).

Tabela 28. Distribuição das respostas quanto à realização da marcação de lateralidade.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Nunca	1	5	0	6	14,0%
Raramente	1	1	3	5	11,6%
Ás vezes	2	1	2	5	11,6%
Quase sempre	1	2	0	3	7,0%
Sempre	1	2	1	4	9,3%
Não sabe	3	5	12	20	46,5%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

A tabela 29 registrou que 15 (34,9%)dos respondentes afirmaram que o paciente e acompanhantes não são orientados a participar do processo de marcação da lateralidade e 20 (46,5%) disseram que não sabem se os pacientes são convidados a participar deste processo (tabela 29).

Tabela 29. Distribuição das respostas quanto ao estímulo do paciente quanto à participação na marcação da lateralidade?

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Nunca	2	6	1	9	20,9%
Raramente	2	1	3	6	14,0%
Ás vezes	1	0	1	2	4,7%
Quase sempre	0	2	0	2	4,7%
Sempre	2	1	1	4	9,3%
Não sabe	2	6	12	20	46,5%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Quanto ao treinamento, 100% dos médicos e 75% dos enfermeiros participantes deste estudo, afirmaram não terem recebido treinamento para aplicar a lista de verificação de cirurgia segura (tabela 30).

Tabela 30. Distribuição das respostas quanto ao treinamento para realização da lista de verificação para a cirurgia segura.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Nunca	8	9	3		
Raramente	0	0	1	1	2,3%
Ás vezes	0	1	0	1	2,3%
Quase sempre	0	0	0	0	0,0%
Sempre	0	2	0	2	4,7%
Não se aplica	1	4	14	19	44,2%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

A tabela 31 apresenta os dados quanto à implantação da prática para administração de medicamentos e demonstra que 8 (18,6%) dos respondentes afirmaram que não houve implantação desta prática, no entanto, 18 (41,9%) afirmam que o protocolo está implantado e 15 (34,9%) não souberam responder sobre o assunto.

Tabela 31. Distribuição das respostas quanto à implantação da prática para administração segura de medicamentos.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Sim, em todo o hospital	2	11	5	18	41,9%
Sim, na maior parte do hospital	0	1	0	1	2,3%
Sim, em poucas áreas do hospital	1	0	0	1	2,3%
Sim, em uma única área do hospital	0	0	0	0	0,0%
Não implantou	2	3	3	8	18,6%
Não sabe	4	1	10	15	34,9%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Quando perguntados se houve treinamento na unidade para prescreverem e administrar corretamente os medicamentos (tabela 32), 16 (37,2%) afirmaram que não haviam sido treinados, contudo, 16 (37,2%) afirmaram que já haviam participado deste tipo de treinamento e 7 (16,3%) não souberam responder.

Tabela 32. Distribuição das respostas quanto treinamento sobre segurança na prescrição e uso de administração de medicamentos.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Nunca	7	3	6	16	37,2%
Raramente	0	1	1	2	4,7%
Ás vezes	0	1	1	2	4,7%
Quase sempre	0	3	2	5	11,6%
Sempre	0	8	3	11	25,6%
Não sabe	2	0	5	7	16,3%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

A tabela 33 figurou a dimensão prevenção de quedas do paciente e demonstrou que para 28(65,1%) dos respondentes, o hospital apresenta medidas de segurança para evitar acidentes relacionados a quedas, entretanto para 19 (44,2%) (tabela 34) dos respondentes nem todos os ambientes do hospital estão adequados para a prevenção.

Tabela 33. Distribuição das respostas quanto à implantação de medidas para evitar quedas dos pacientes.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Sim, em todo o hospital	4	8	11	23	53,5%
Sim, na maior parte do hospital	0	5	0	5	11,6%
Sim, em poucas áreas do hospital	1	2	1	4	9,4%
Sim, em uma única área do hospital	0	0	0	0	0,0%
Não implantou	1	1	0	2	4,7%
Não sabe	3	0	6	9	20,9%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 34. Distribuição das respostas quanto ao ambiente físico (barras em banheiros, escada com corrimãos, fitas ante derrapante e placas de informação) que propiciam a prevenção de quedas.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Em nenhum local de circulação e internação do paciente.	0	1	1	2	4,7%
Em alguns ambientes de circulação e internação do paciente.	6	6	7	19	44,2%
Somente nas unidades de internação de paciente.	0	0	1	1	2,3%
Somente nos locais de circulação de pronto atendimento.	0	1	0	1	2,3%
Em todos os ambientes de circulação e internação dos pacientes/ acompanhantes	3	8	9	20	46,5%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

A tabela 35 demonstrou que 27 (62,8%) dos profissionais orientam os acompanhantes para avisarem quando se afastarem dos pacientes, 38 (88,4%) (tabela 36) avisam aos pacientes para manterem as grades elevadas das camas e 15 (34,9%) (tabela 37) concordaram que já foram treinados para prevenção de quedas.

Tabela 35. Distribuição das respostas quanto à orientação aos acompanhantes dos pacientes para avisarem quando saem de perto do paciente.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Nunca	0	1	1	2	4,7%
Raramente	1	0	1	2	4,7%
Às vezes	1	3	1	5	11,6%
Quase sempre	1	2	4	7	16,3%
Sempre	5	10	5	20	46,5%
Não sabe	1	0	6	7	16,3%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 36. Distribuição das respostas quanto à orientação aos acompanhantes e pacientes a manter as grades das camas elevadas?

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Nunca	0	0	0	0	0,0%
Raramente	0	0	0	0	0,0%
Às vezes	0	0	0	0	0,0%
Quase sempre	2	1	3	6	14,0%
Sempre	6	15	11	32	74,4%
Não sabe	1	0	4	5	11,6%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 37. Distribuição das respostas quanto ao treinamento para prevenção de quedas do paciente.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Discordo totalmente	1	1	4	6	14,0%
Discordo	3	3	3	9	20,9%
Nem discordo nem concordo	3	2	4	9	20,9%
Concordo	2	8	5	15	34,9%
Concordo totalmente	0	2	2	4	9,3%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

A dimensão prevenção de úlcera por pressão demonstrou que 29 (67,5%) (tabela 38) dos entrevistados indicaram já ter sido implantado medidas para evitar a úlcera por pressão, já com relação às admissões dos pacientes e checagem de riscos potenciais de apresentar o problema (tabela 39), 20 (46,5%) indicaram que realizam a checagem assim que o paciente é internado e 21 (48,9%) indicaram que já haviam sido treinados para a prevenção da doença.

Tabela 38. Distribuição das respostas quanto à implantação de medidas para evitar as úlceras por pressão em pacientes.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Sim, em todo o hospital	5	11	7	23	53,5%
Sim, na maior parte do hospital	2	2	2	6	14,0%
Sim, em poucas áreas do hospital	1	2	4	7	16,3%
Sim, em uma única área do hospital	0	0	0	0	0,0%
Não implantou	0	0	0	0	0,0%
Não sabe	1	1	5	7	16,3%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 39. Distribuição das respostas quanto à admissão dos pacientes e a verificaçãode riscos potenciais para desenvolvimento da úlcera por pressão?

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Nunca	0	0	0	0	0,0%
Raramente	1	3	2	6	14,0%
Ás vezes	0	1	1	2	4,7%
Quase sempre	3	2	1	6	14,0%
Sempre	4	10	6	20	46,5%
Não sabe	1	0	8	9	20,9%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

Tabela 40. Distribuição das respostas quanto ao treinamento para prevenção de úlceras por pressão.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Discordo totalmente	1	0	3	4	9,3%
Discordo	4	4	4	12	27,9%
Nem discordo nem concordo	1	1	4	6	14,0%
Concordo	3	10	5	18	41,9%
Concordo totalmente	0	1	2	3	7,0%
Total de Respondentes	***9***	***16***	***18***	***43***	***100***

4.1 Discussão dos resultados

Dos profissionais convidados, 43 participaram da pesquisa o que correspondeu a 100% da população inicialmente estimada. Esse resultado pode representar uma motivação existente entre os gestores da unidade participante de estudo quanto à temática segurança do paciente, bem como pode-se inferir sobre o envolvimento desses respondentes na cultura organizacional do hospital. Deve-se levar em consideração que a maior parte dos gestores (76,7%) tem mais que 10 anos de trabalho no hospital pesquisado, o que pode ter contribuído para o elevado nível de participação neste estudo.

Um aspecto positivo quanto à análise de formação educacional dos respondentes, consiste no número de gestores que fizeram cursos de especialização, pós-graduação em curso ou finalizada, quase 70%, revelando que esses gestores se preocupam com o seu aperfeiçoamento. Portanto, pela análise das características demográficas dos gestores entrevistados (tabela1), pode-se concluir que há um ambiente interno entre esses profissionais favorável ao ensino e à implantação de protocolos em gestão de saúde.

Entretanto, ao se analisar o conhecimento sobre segurança do paciente entre os gestores, observamos que não há uniformidade nas respostas indicando que o Programa Nacional de Segurança do Paciente, mesmo com um núcleo de segurança instalado fisicamente, ainda não conseguiu disseminar entre esses profissionais os elementos fundamentais quanto à segurança do paciente desde conceitos às ações esperadas pelo PNSP. Também foi possível extrapolar que provavelmente os participantes desta pesquisa não tiveram acesso ao tema Segurança do Paciente durante sua formação educacional e/ou complementar visto que é relativamente recente e que o PNSP foi publicado apenas em 2013 influenciando também os achados de pequeno conhecimento sobre o tema entre os entrevistados (tabela 2).

Esse conhecimento limitado sobre a segurança do paciente e sobre o PNSP também é refletido na tabela 4 onde se verifica que 30% tem incertezas quanto ao desenvolvimento de ações sobre segurança do paciente no hospital estudado.

A tabela 5 corrobora as análises anteriores ao se verificar que, segundo 41,8% dos gestores, a gestão de risco do hospital ainda não proveu reuniões com esses profissionais sobre a temática Segurança do Paciente até o momento da coleta dos dados. Também na tabela 6, 30,2% dos respondentes afirmam não ter se reunido com outros gestores sobre o tema segurança do paciente revelando que internamente a gestão de risco está com ações incipientes para divulgação do assunto em pauta.

As informações do primeiro domínio (Segurança do Paciente, PNSP e dados demográficos) em suma, mostram que há carência de ações e treinamento no hospital participante desta pesquisa.

O reconhecimento dos tipos de incidentes de segurança do paciente é fundamental para que haja planejamento e desenvolvimento de estratégias para mitigar essas ocorrências. No hospital deste estudo, foi possível verificar que o evento adverso é o tipo de incidente mais reconhecido como incidente de segurança (71,2%), mas não o foi em sua totalidade como se esperava. Obviamente, outros tipos de incidentes foram identificados por uma parcela reduzida dos respondentes como incidentes de segurança. Esses dados permitem concluir que há subnotificação de incidentes de segurança no hospital pesquisado, uma vez que os gestores não foram capazes de identificá-los em sua totalidade.

Essa falha conceitual entre os gestores quanto à segurança do paciente e ao PNSP influencia as repostas encontradas quanto à notificação frequente/sempre de uma ocorrência comunicável (49,5%), tabela 8. Do mesmo modo, há baixa notificação frequente/sempre de incidentes de segurança tipo quase evento (34,9%), e de incidente sem dano (30,3%), tabelas, 8, 9 e 10. Mesmo quando uma falha de segurança do paciente é observada, pouco mais que a metade dos gestores relatam esse evento adverso (53,5%), tabela 11.Embora nossos dados sejam inferiores ao publicado por outros pesquisadores brasileiros há estudos demonstrando que este não é um problema isolado, por exemplo, em 2015 foi publicada uma pesquisa realizada em sete hospitais na cidade de Ribeirão Preto – SP, e observou-se que 81,7% dos EAs com potencial para prejudicar o paciente eram notificados e 87,7% notificavam EAs que atingiam o paciente, mas não causavam danos e apenas 14,3% dos respondentes, mesmo quando o dano atingia o paciente, não relatavam a falha (Françolin, Gabriel, Bernardes, Silva, Brito, & Machado, 2015).Os dados desses autores mostram que mesmo com um processo de comunicação maior do que o apresentado por nosso objeto de estudo, ainda não atinge a 100% no processo de comunicação que é o recomendado pelo protocolo.

Uma vez ocorrida a falha na segurança do paciente, no hospital pesquisado o treinamento é a medida mais frequente, mas a punição (25,7%) persiste como um desafio a ser enfrentado pela disseminação da cultura da segurança do paciente (tabela 12). Nossos achados são similares ao reportado por outros autores que mencionam o medo de punição entre os colaboradores como em um estudo na cidade de Teresina – Piauí, em um serviço de pronto atendimento de um hospital privado, que avaliou a atitude dos profissionais frente à segurança do paciente e concluiu-se à existência de uma cultura punitiva, relacionado à baixa adesão

(35,5%) de enfermeiros que notificavam às falhas e à percepção (80%) de que estas seriam usadas contra eles. Mais uma vez, assim como apontado nesta pesquisa, os profissionais envolvidos no processo de cuidado são resistentes a notificar falhas devido ao receio de sofrerem represálias (Silva & Carvalho, 2016).

Além do mais, 53,5% dos entrevistados relataram que são informados sobre mudanças implementadas para melhorar a segurança do paciente na instituição pesquisada uma vez que é detectada a falha na segurança do paciente (tabela 13).

Quanto ao processo de identificação, os resultados demonstraram que apesar de existir na unidade pesquisada, a colocação de etiquetas e pulseiras nos pacientes, esta, não ocorre em todos os pacientes e quando acontece, ainda persiste os erros e incorreções não sendo tipificado, portanto, como um processo, tendo em vista o fato de não ser uma rotina incorporada, afetando diretamente a segurança do paciente (tabelas 14 a17).

Assim como no hospital pesquisado, existem resultados semelhantes em outros hospitais do Brasil. Um estudo observacional realizado no Hospital Municipal Souza Aguiar na cidade do Rio de Janeiro em 2015, concluiu que 72 pacientes das 115 admissões, estavam com a pulseira de identificação corretamente preenchida, concluindo que a prática assistencial que envolve a segurança do paciente naquele hospital necessita de um envolvimento maior tanto multiprofissional quanto multidisciplinar, visto que somente uma classe dos profissionais estava envolvida no processo de identificação (Nunes, Guerra, Dehoul, & Maior, 2016).

Um relato de caso publicado em 2016 realizado em duas unidades cirúrgicas para atendimentos de convênios e particulares com o intuito de encontrar a taxa de adesão ao processo de identificação dos pacientes concluiu que a colocação das pulseiras de identificação ocorreram em 86% das admissões de internados e a orientação sobre a relevância de se identificar um paciente ocorreu entre 62% e 63% das unidades cirúrgicas. Nesse mesmo relato a confirmação da identidade antes de procedimentos de administração de medicamentos, hemoderivados e coleta de exames foram de 77% e 79%(Miralha, Kalata, Santos, Silva, Porto, Wegner, 2016).

Um estudo descritivo que avaliou a implantação de um indicador que mensurava a adesão de profissionais ao uso da pulseira de identificação de pacientes em um hospital universitário brasileiro publicado em 2015, identificou que antes da implantação do indicador a adesão dos profissionais a verificar a identidade do paciente era de 50%, no entanto, após

ação educativa, passou a ser de 72% a 81%, porém com o passar dos meses e novas medições, foi constatado que houve uma diminuição da adesão caindo para 65%, o que implicou em novas atividades educativas, resultando, portanto, em um novo aumento de 76% de adesão ao protocolo. O interessante é que estas ações não foram impedimento para que caísse novamente a taxa de adesão de profissionais ao uso da pulseira de identificação de pacientes, provando que indicadores de acompanhamento são fundamentais como estratégia de qualidade para garantir que um processo seja realizado. No caso dessa instituição, como saída permanente foi criado um curso EAD e manteve-se o indicador de acompanhamento que era a simples seleção de pacientes aleatórios que eram questionados se percebiam que o cuidador conferia os dados do paciente nas etiquetas e pulseiras antes do cuidado (Hemesath. Santos, Torelly, Motta, Pasin, & Magalhães, 2015).

Segundo Tase, Lourenção, Bianchini, & Tronchin (2013),

> O processo de identificação do paciente é essencial para garantir a segurança e a qualidade da assistência nas instituições de saúde. O emprego de pulseira para identificação é uma prática usual. Contudo, fatores culturais, organizacionais, materiais e humanos concorrem para sua não conformidade, induzindo a erros ou acarretando eventos adversos. .... A identificação do paciente por meio de pulseira é uma prática recomendada internacionalmente, porém há lacunas no que tange à instituição de protocolos, à execução efetiva e à avaliação do processo para subsidiar ações gerenciais e assistências.

Quanto ao protocolo de higienização das mãos, mesmo tendo uma alta aderência, quanto às ações de higiene (83,7%), não existe uma rotina adotada por 100% dos participantes, infringindo mais uma vez o disposto no PNSP que preconiza que todos os serviços de saúde em qualquer nível de complexidade deverão ter o protocolo em ação (Ministério da Saúde, Anvisa, Fio Cruz, 2013).

Contudo, esta é uma medida que embora pareça de fácil resolução, nem sempre é atendida, como demonstrado em outros estudos: uma pesquisa, realizada na UTI de um hospital de Porto Alegre, com 446 observações do cuidado com o paciente, verificou que houve uma taxa de adesão ao protocolo de higienização de apenas 43,7%, concluindo que a ação estava longe das diretrizes nacionais e internacionais, sobretudo frente ao panorama atual, a qual a maioria dos hospitais está sujeito ao aumento de infecções por microrganismos multirresistentes (Souza, Ramos, Becker, Meirelles, & Monteiro, 2015).

Já um estudo descritivo-exploratório realizado em um hospital do Estado de São Paulo, cujo objetivo era verificar a frequência e infraestrutura para a higienização das mãos, concluiu que das 1206 oportunidades dos profissionais higienizarem as mãos, apenas 39,9% efetivaram a ação antes do cuidado do paciente, contrariando a avaliação positiva (83,3%) quanto à infraestrutura para higiene das mãos no hospital, os autores salientaram ainda que em nenhuma delas foi utilizada solução alcoólica, aumentando a preocupação quanto à segurança do paciente (Santos, Roseira, Piai-Morais, & Figueiredo, 2014).

Outro estudo analítico realizado em um hospital público de ensino, da região noroeste do Paraná, publicado em 2016 objetivando avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a correta higienização das mãos, concluiu que 86,52% dos investigados não conheciam na íntegra as instruções para higienizar as mãos (Derhun, Souza, Inoue,Costa & Matsuda, 2016).

O protocolo cirurgia segura segundo os resultados, não está implantado, indo de encontro ao que preconiza o PNSP, visto que é uma rotina imprescindível para reduzir a ocorrência de EAs, incidentes e mortalidade cirúrgica e, portanto, deveria estar inserido em todos os locais de saúde que realizam procedimentos que impliquem em incisão no corpo humano. No entanto, como aqui demonstrado, não é realizado o *checklist*, nem a marcação da lateralidade, e o impacto, recai diretamente sobre o paciente. Os eventos adversos advindos do não cumprimento do protocolo cirurgia segura são considerados totalmente preveníveis ao mesmo tempo são aqueles que podem acarretar em graves consequências ao paciente tal como amputação de membro errado (Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz, 2013).

Entretanto, este também é um resultado preocupante e alarmante que ocorre em outros hospitais brasileiros: um estudo transversal realizado em um hospital de ensino de Natal – RN, com o objetivo de avaliar a adesão ao *checklist* de cirurgia segura em cirurgias urológicas e ginecológicas por meio da revisão de prontuários averiguou que das 375 cirurgias revisadas, apenas 61% tinham *checklis*t e somente 4% estavam totalmente preenchidas, sugerindo o aprimoramento de estratégias para aumentar a qualidade nos procedimentos cirúrgicos naquela unidade pesquisada (Freitas, Antunes, Lopes, Fernandes, Monte, Gama, 2014).

Um outro estudo realizado em um hospital privado de Porto Alegre, que tinha por objetivo verificar a adesão da equipe cirúrgica quanto ao protocolo de cirurgia segura, constatou que 81,5% dos profissionais realizavam a marcação da lateralidade previamente, no entanto,

embora 98,3% dos profissionais acharem importante a marcação da lateralidade, somente 15,3% davam continuidade ao processo confirmando a lateralidade no sítio cirúrgico, os autores sugerem portanto, que é de suma importância a conscientização das equipes por meio de educação continuada (Santos, Caregnato, & Moraes, 2013).

Uma pesquisa documental realizada em 2013 em um hospital da região do sul do Brasil, com 257 *checklists* de cirurgias ortopédicas, analisou 12.629 itens relativos à segurança cirúrgica e verificou que 99,8% dos itens do *checklist* não evidenciavam a garantia de elementos de segurança relativos ao local cirúrgico certo, perdas sanguíneas reação alérgica, retenção de instrumentais/compressas, identificação de espécimes cirúrgicos e comunicação, concluindo que embora houvesse uma alta adesão ao preenchimento do *checklist*, nem todos os objetivos do protocolo de cirurgia segura eram realizados, permitindo potenciais riscos cirúrgicos, exigindo, portanto, ações em busca da treinamento da assistência (Amaya, Maziero, Grittem, & Cruz, 2015).

Em relação à prescrição segura de medicamentos, verificou-se uma clara inconsistência nas respostas, visto as disparidades nos resultados, concluindo que na unidade hospitalar estudada não está implantado o protocolo, podendo acarretar em diversos erros e consequências alarmantes aos pacientes, assim como em um estudo realizado no interior do Estado de São Paulo o qual constatou que das 180 doses de medicamentos preparadas e observadas, 125 apresentavam pelo menos um erro de diluição, e não havia nenhuma forma de monitoramentos desses erros, além de os profissionais envolvidos não saberem identificar tais erros, comprometendo gravemente a eficácia da terapia medicamentosa (Marini, Pinheiro, & Rocha, 2016).

Em uma revisão bibliográfica realizada com o objetivo de identificar as causas na prática de enfermagem para a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos concluiu-se, que a segurança do paciente já fica comprometida, quando desde a prescrição médica, há erros com dados incompletos e/ou abreviaturas não padronizadas, além de falhas na comunicação de equipes envolvidas no processo de administração de medicamentos, indicando ainda que o implemento de processos eficazes norteados pelo que preconiza o programa nacional de segurança do paciente são essenciais para garantir a segurança do paciente (Santos, Souza, Nascimento, Santos, Alves, Soares, 2014).

Quanto ao protocolo de prevenção de quedas, chegou-se à conclusão que o hospital pesquisado, possui ambientes preparados para a prevenção de quedas, no entanto, nem todos os ambientes estão projetados para preveni-las, além de também não possuir medidas suficientes implantadas que cumpram o que preconiza o protocolo do PNSP, porém, esta não é uma realidade somente do hospital, já que um outro estudo para investigar a percepção de 127 idosos com relação ao evento de queda intra-hospitalar em um hospital de ensino de Curitiba-PR apontaram que 55,2% autorelataram não existir risco de queda intra-hospitalar, 62,2% referiram não ter recebido orientações para prevenção de quedas e 7% caíram durante a internação, os autores concluíram, portanto que é essencial o estímulo por parte de equipe multidisciplinar de adoção de estratégias para aumentar a segurança do paciente, bem como conscientizar o paciente que ele é coparticipante do processo (Vaccari, Lenardt, Willig, Betiolli, &Andrade,2016).

Os nossos resultados que abrangem o protocolo úlcera por pressão demonstram que o protocolo é conhecido e até realizado por vezes no hospital estudado, no entanto, não em sua totalidade, exatamente como em um estudo realizado em Piauí, aonde os respondentes conheciam os fatores de risco de se desenvolver a UPP, porém na rotina, não eram aplicadas por completo (Vieira, Oliveira, Ribeiro, Luz, & Araújo, 2016).

Em outro estudo realizado no Estado de Pernambuco, também se chegou à conclusão de que nem todos os envolvidos na pesquisa conheciam o protocolo de prevenção de UPP e os que conheciam, não o empregava com frequência *(*Cruz, Cruz, Carmo, Moura, Lubarino, & Brito, 2015*)*.

Enfim, a aderência do hospital participante ao PNSP é incipiente e em parte explicada pela falta de medidas educativas continuadas para discutir o assunto entre gestores e a gestão de risco. Também é possível inferir que há subnotificação dos diferentes tipos de incidentes de segurança e tendo em vista que a maioria dos eventos adversos de segurança do paciente são considerados evitáveis e que aumentam o número de dias de internação e de custos hospitalares (Novaretti et. al, 2014), a situação atual da adesão do hospital ao PNSP pode contribuir para menor eficiência e gastos desnecessários, ainda que esses últimos não tenham sido objeto de nosso estudo.

5. CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Quando uma organização consegue se planejar e se organizar por processos, ela consegue definir claramente as responsabilidades e a propriedade daquele processo e isto, independe do ramo da instituição, visto que todas as organizações perseguem o mesmo: a excelência em seu desempenho e resultados positivos (ABPMP, 2013).

O hospital pesquisado não possuía processos definidos e, portanto, surgiram dúvidas e inconsistências a respeito de vários procedimentos, sugerimos que medidas simples sejam adotadas como o desenho dos processos que envolvem os protocolos de segurança do PNSP como segue:

5.1.Identificação do paciente

A identificação do paciente deverá ser garantida com a aquisição de etiquetas e pulseiras para assegurar que o tratamento terapêutico ou procedimento cirúrgico seja realizado no paciente correto, além disto, a organização deverá informar os profissionais envolvidos do protocolo a ser seguido, bem como treiná-los para sua aplicação, conforme demonstrado na Figura 14:

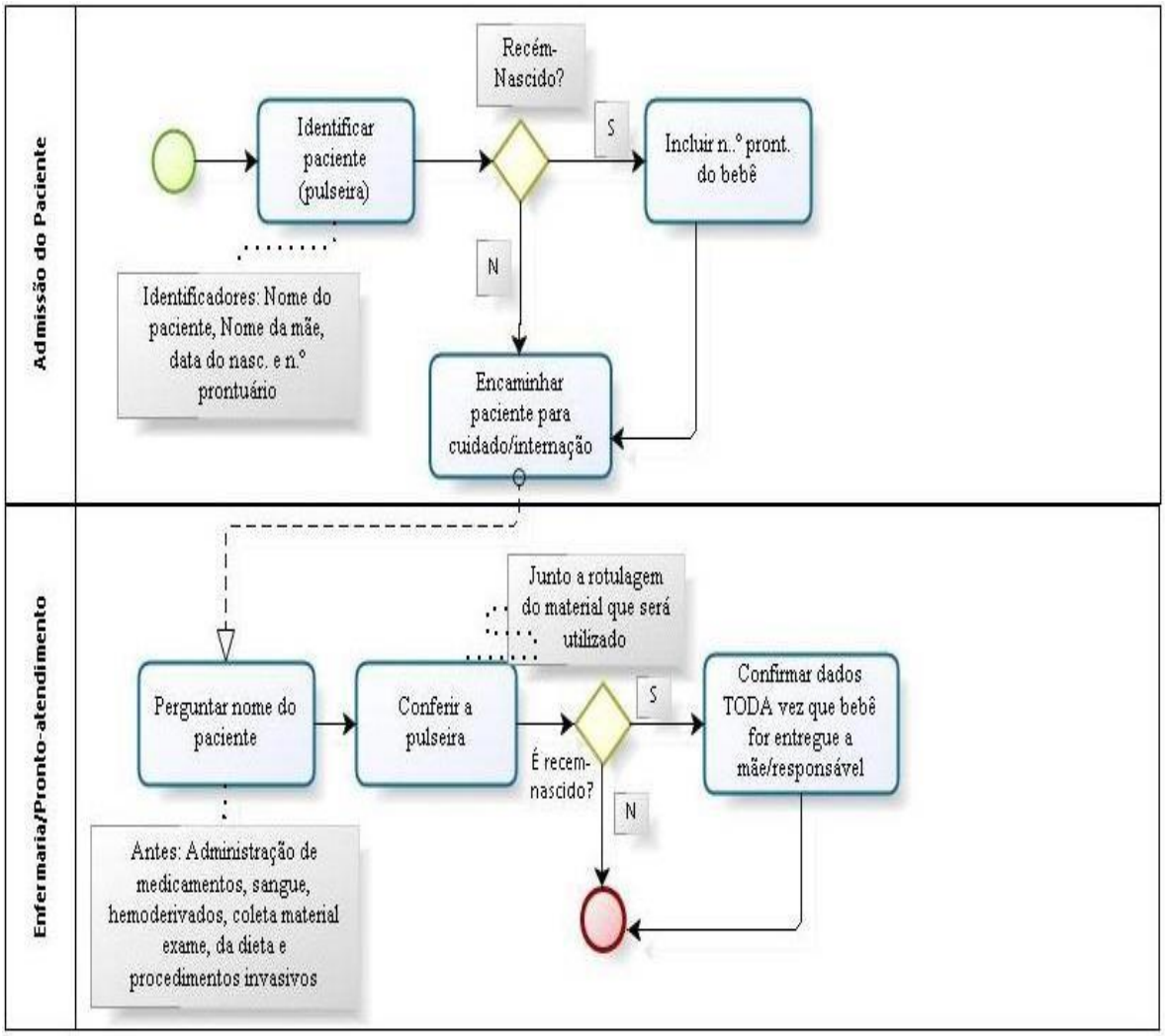

Figura 14: Processo de Identificação do Paciente
Fonte: Elaborado pela autora -Adaptado de Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. (http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente Recuperado em, 20 maio, 2016)

5.2 Cirurgia Segura

O processo que envolve a cirurgia segura deverá ser observado desde a marcação da lateralidade conforme Figura 15 a realização da lista de verificação demonstrada na Figura 16, lembrando que para haver sucesso em sua aplicação deverá haver conscientização do envolvidos, bem como treinamento para os mesmos:

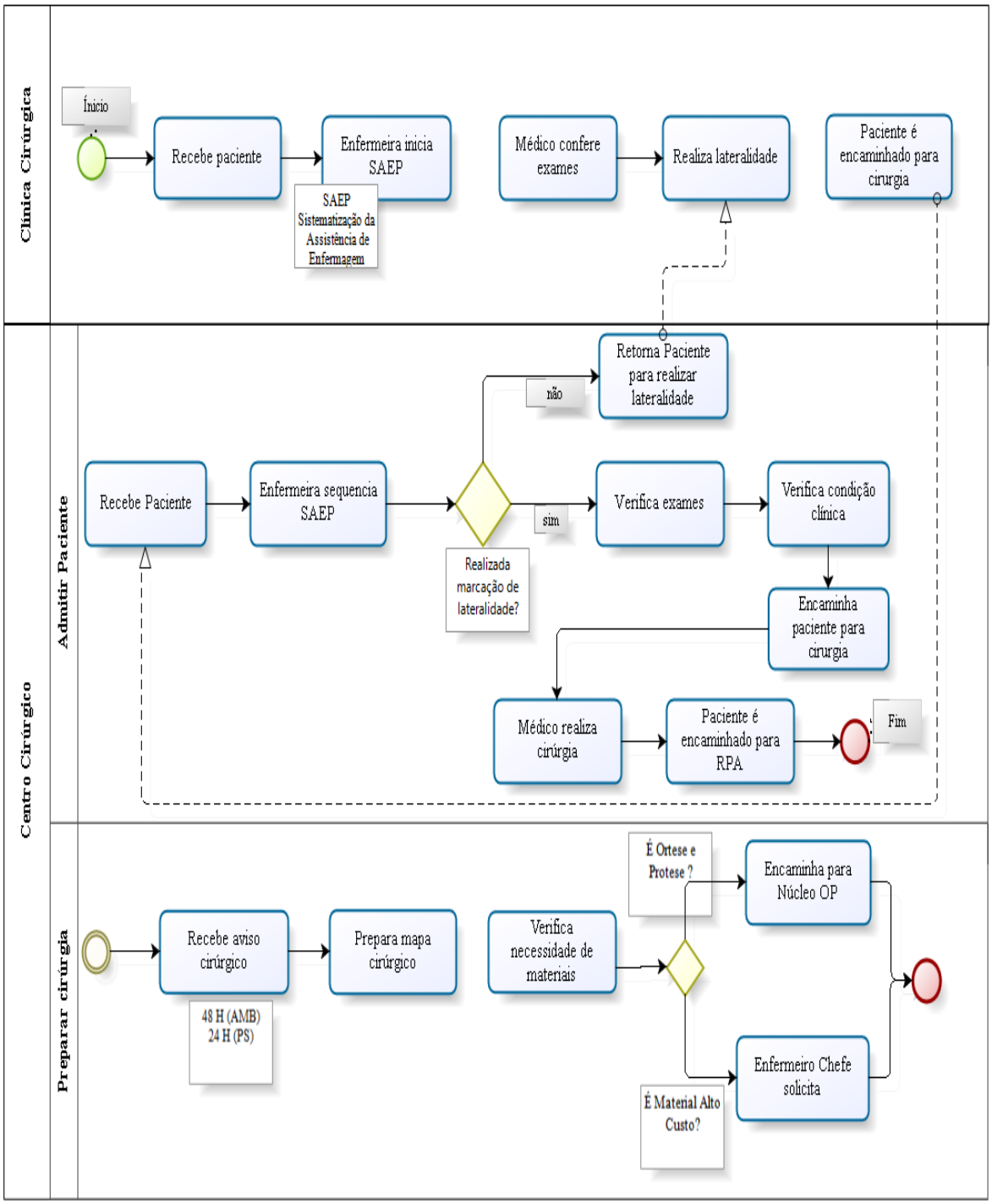

Figura 15: Marcação da lateralidade
Fonte: Elaborado pela autora - Adaptado de Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. (Recuperado http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/cirurgias-segurasem, 20 de maio, 2016).

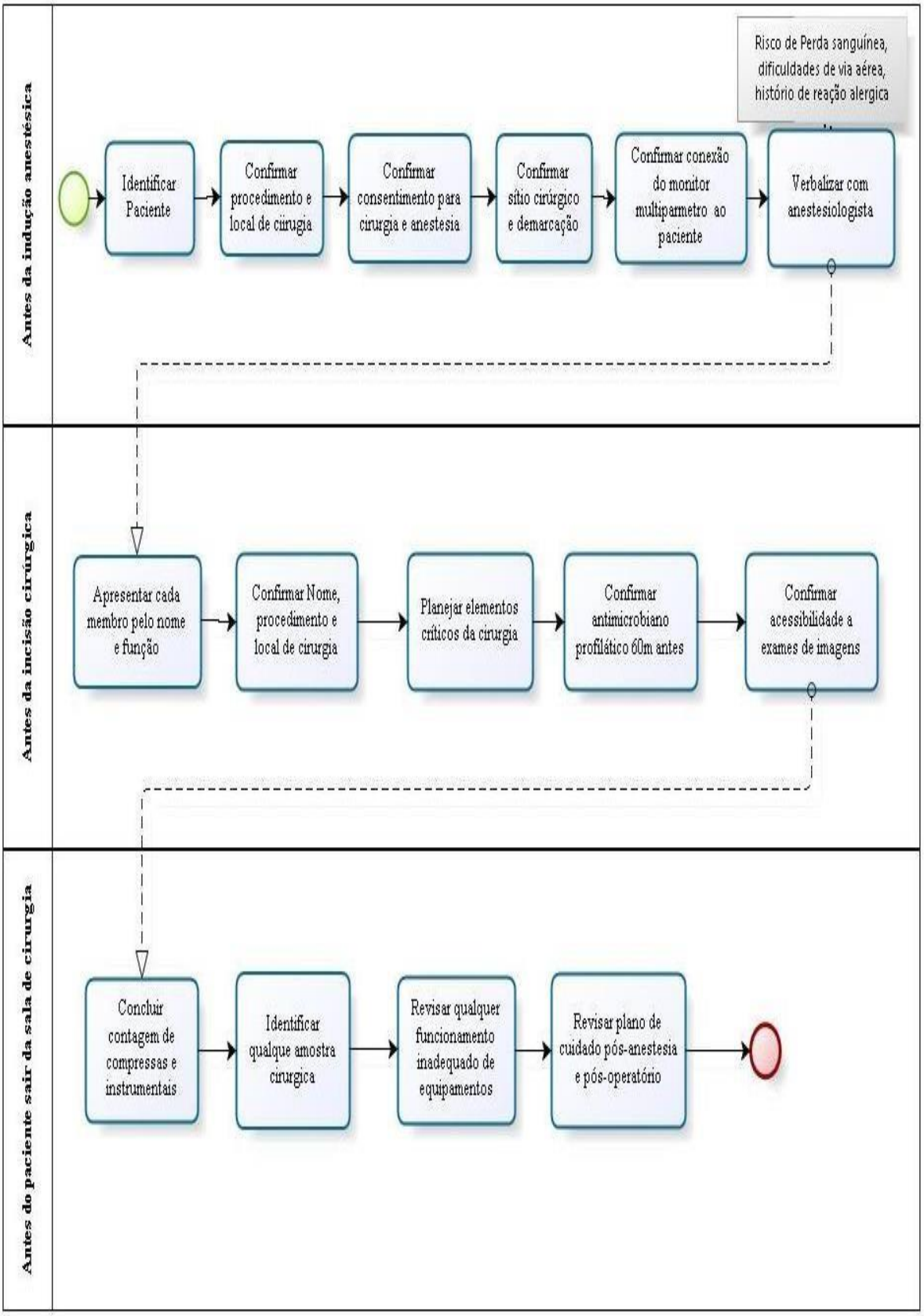

Figura 16 : Lista de Verificação para Cirurgia Segura
Fonte: Elaborado pela autora - Adaptado de Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. (Recuperado http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/cirurgias-segurasem, 20 de maio, 2016).

5.3. Higienização das mãos

A maior parte dos gestores envolvidos nesta pesquisa afirmou que o protocolo está implantado na unidade, entretanto, não informaram se há um processo padronizado, portanto segue o fluxo mapeado para a correta higienização das mãos na Figura 17.

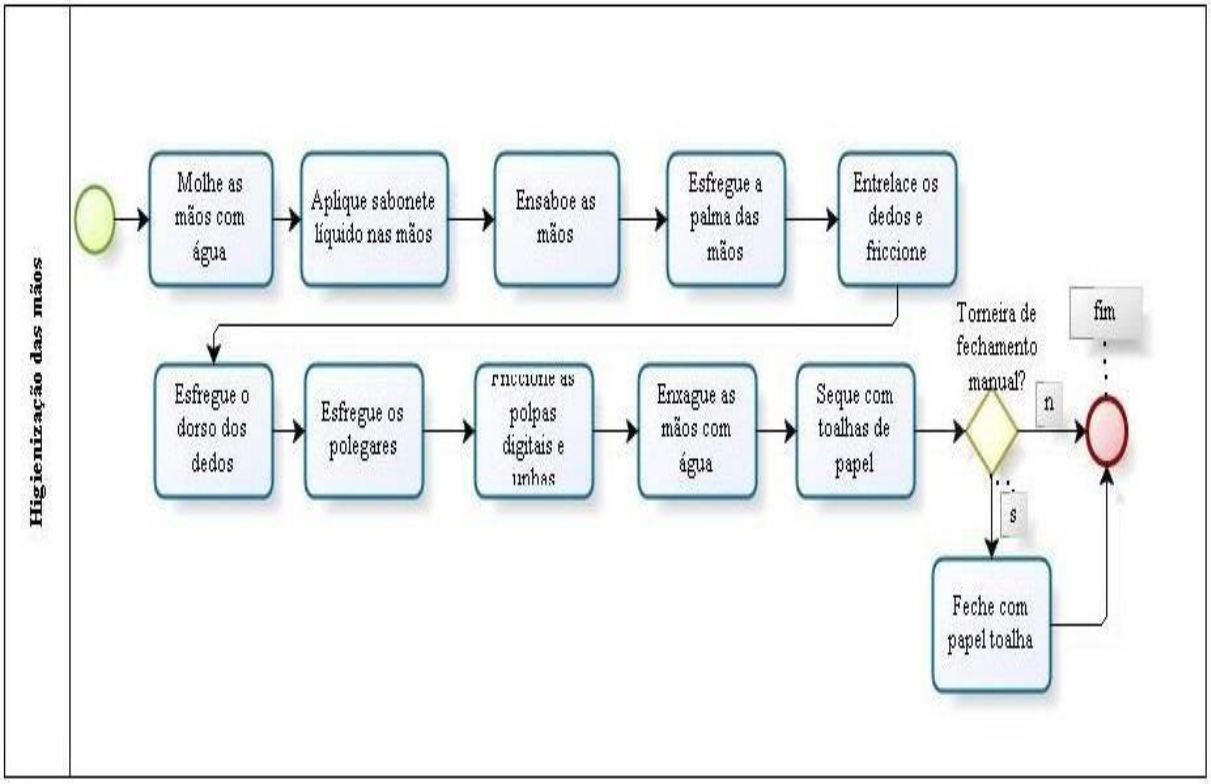

Figura 17: Higienização das mãos
Fonte: Elaborado pela autora - Adaptado de Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. (Recuperado http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/higienizacao-das-maos sem, 20 de maio, 2016).

5.4. Prescrição Segura e Uso e Administração de Medicamentos

A prática segura de medicamentos é uma prática essencial, visto que é um dos erros mais comuns que o paciente está sujeito, na unidade estudada não há protocolos implantados que garantam a segurança ao ser prescrevido e administrado medicamentos, portanto, deverá ser seguido o fluxo desenhado que é preconizado pelo PNSP, conforme figuras 18 e 19.

Figura 18: Prescrição segura de medicamentos
Fonte: Elaborado pela autora - Adaptado de Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. (Recuperado em, 20 de maio, 2016 http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos).

Figura 19: Nove certos para a administração segura de medicamentos
Fonte: Elaborado pela autora - Adaptado de Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. (Recuperado em, 20 de maio, 2016 http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos).

5.5. Prevenção de Quedas

Embora os profissionais envolvidos na pesquisa, tenham relatado que existem na unidade algumas medidas para a prevenção de quedas, não existe um processo desenhado conforme recomenda o PNSP, assim sendo, segue na Figura 20, processo desenhado para verificação dos gestores e treinamento dos funcionários.

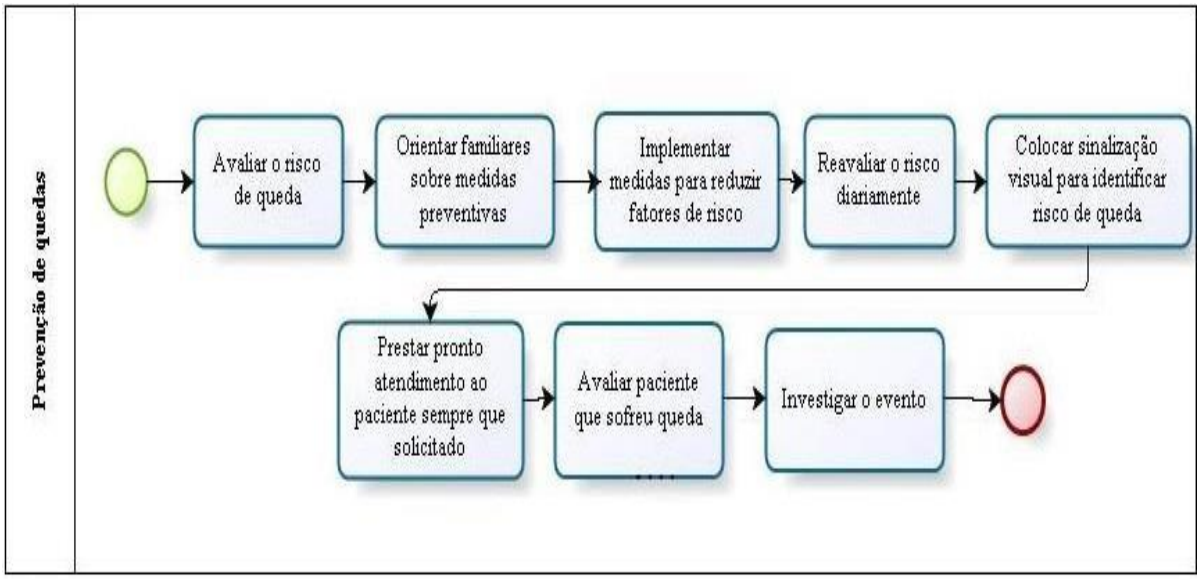

Figura 20: Prevenção de quedas
Fonte: Elaborado pela autora - Adaptado de Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. (Recuperado em, 20 de maio, 2016 de http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas).

5.6. Prevenção de Úlcera por Pressão

O protocolo para a prevenção de úlcera por pressão, embora relatado como uma prática realizada na unidade estudada, conforme resultados encontrados, não é praticado em sua totalidade, visto que não há um processo específico para sua aplicação, por isto, de acordo com o que é indicado pelo PNSP, sugerimos a utilização do processo mapeado conforme figura 21 para a utilização na unidade.

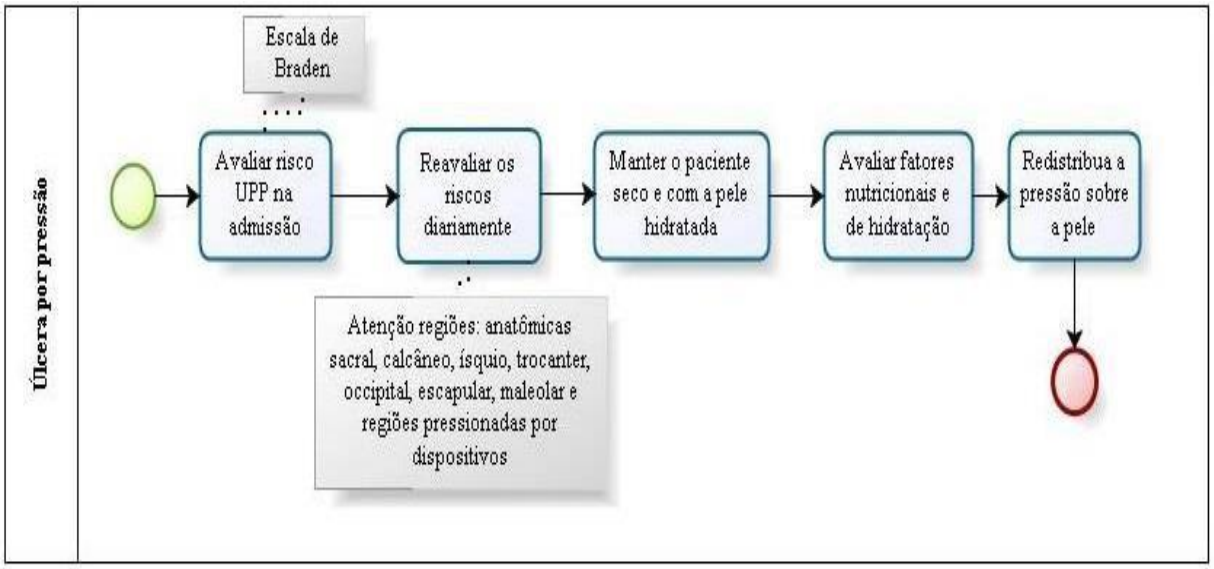

Figura 21: Prevenção de UPP.
Fonte: Elaborado pela autora - Adaptado de Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. (Recuperado em, 20 de maio, 2016 de http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao).

6.CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O Programa Nacional de Segurança do Paciente, embora instituído no Brasil há três anos, ainda é um programa incipiente no hospital estudado, visto que há algumas ações sendo desenvolvidas, porém de forma isolada e sem protocolos, portanto, é essencial que sejam observadas suas diretrizes em busca de resultados que favoreçam o paciente. Para tanto, um gerenciamento estratégico voltado para o desenho de processos e sua aplicação poderá ser um diferencial positivo na execução de tarefas, por vezes repetitivas e sem propósitos pontuais.

O monitoramento contínuo dos processos desenvolvidos e a mensuração por meio de indicadores, estes, até já indicados nos próprios protocolos do PNSP, são medidas que deverão ser tomadas para se atingir o objetivo comum: a segurança do paciente.

Essencial também, que haja além da padronização de tarefas e implantação de processos, melhora na comunicação dos profissionais e uma comissão permanente e ativa que trabalhe em prol da segurança do paciente.

Um plano de educação continuada e de rastreamento não somente de eventos adversos mas de outros tipos de incidentes de segurança devem ser motivo de oficinas de gestores e de colaboradores e a seguir, implementados.

À luz dos resultados encontrados, propomos para estudos futuros que sejam investigados em outras unidades hospitalares bem como a aplicação dos protocolos e seu funcionamento efetivo.

REFERÊNCIAS

Almeida, R. M., & Zanni, P., (2011). Liderança na mudança de gestão. InMalik, A.M., Vecina Neto, G. (Ed). *Gestão em saúde.* Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara Koogan Ltda.

Amaya, M. R., Maziero, E. C. S., Grittem, L., & Cruz, E. D. de A. (2015). Analysis of the registration and content of surgical safety checklists. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, *19*(2). Retrieved from http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150032

Bates, D. W., Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Limón-Ramírez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., … Larizgoitia, I. (2011). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: Results of the "Iberoamerican study of adverse events" (IBEAS). *BMJ Quality & Safety*, *20*(12), 1043–1051. Retrieved from http://qualitysafety.bmj.com/content/20/12/1043.short

Association of Business Process Management Professionals ABPMP. (2013). BPM CBOK-Guia para o gerenciamento de processos de negócio corpo comum de conhecimento. (V.3). Brasil

Barbosa, A. P., Eiras, F. C. D., Leão, E. R., & Barnabé, A. S. (2015). Organização de processos na melhoria da qualidade de registros assistenciais de enfermagem. *RAUnP-ISSN 1984-4204*, *7*(2), 121-130. Recuperado em 06 de junho, 2016 de https://repositorio.unp.br/index.php/raunp/article/view/1187

Bohrer, C. D., Marques, L. G. S., Vasconcelos, R. O., de Oliveira, J. L. C., Nicola, A. L., & Kawamoto, A. M. (2016). Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. *Revista de Enfermagem da*

UFSM, *6*(1), 50-60. Recuperado em 02 de maio, 2016 de http://dx.doi.org/10.5902/2179769219260

Bonato, V. L. (2011). Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *Mundo saúde* (Impr.), *35*(3), 319-331. Recuperado em 04 de maio, 2016 de http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=619083&indexSearch=ID

Camargo, T., Bezerra, G.Q, Branquinho, A.L.S., Silva, N.C.C, & Bauer, A.E. (2014). Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. *Enfermería Global*, *13*(1), 336-348. Recuperado em 10 de maio, 2016 de http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/pt_revision1.pdf

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (2015) Recuperado em 09 de abril, 2016 de http://cnes.datasus.gov.br/

Camargo Silva, A. E. B., Reis, A. M. M., Miasso, A. I., Santos, J. O., & Cassiani, S. H. D. B. (2011). Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *19*(2), 378-386. Recuperado em 14 de abril, 2016 de http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200021

Capella-Montserrat, D., Cho, M., & Lima, R. S. (2013). A Segurança do Paciente e a Qualidade em Serviços de Saúde no Contexto da América Latina e Caribe. *Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*.

Capucho, H. C., & Cassiani, S. H. D. B. (2013). Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, *47*(4), 791-798.

Recuperado em 28 de maio, 2016 de http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004402.

Cherubin, N. A. & Santos, N. A. (1997). *Administração hospitalar: Fundamentos*. Cedas. São Paulo.

Chiavenato, I., & Sapiro. A. (2003). *Planejamento estratégico*. Elsevier Brasil.

Corrigan JM, Kohn LT, Donaldson MS, Maguire SK, & Pike KC. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press. Recuperado em 20 de abril, de http://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf

Cruz, N. M., Cruz, J. D. A., Carmo, A. D. F. S., Moura, L. A., de Alencar Lubarino, D., & Brito, R. K. M. (2015). Prevenção de úlceras por pressão e segurança do paciente: percepções de enfermeiros em terapia intensiva. *Revista Contexto & Saúde*, *15*(28), 62-66. Recuperado em 18 de novembro, 2016 de https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/3906

Damásio L.F. (2013). Os desafios da gestão estratégica na saúde. Nova Lima, Fundação Dom Cabral, *FDC Executive*. FE1306, 4 p. Recuperado em 01 de abril, 2016 de"http://www.fdc.org.br/professoresepesquisa/publicacoes/Paginas/publicacao-detalhe.aspx?publicacao=18448"8

Davenport, T. H. (1994). Reengenharia de processos. *Rio de Janeiro: Campus*, 6-8.

Davis, P., Lay-Yee, R., Schug, S., Briant, R., Scott, A., Johnson, S., & Bingley, W. (2001). Adverse events regional feasibility study: indicative findings. *The New Zealand*

Medical Journal, *114*(1131), 203–205. Recuperadoem 02 de abril, 2016 de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11421433

Dávolos, R.V.(2010).*Modelagem de Processos*. (4. Ed.). Revista e Atualizada, livro didático, UNISUL.

Derhun, F. M., De Souza, V. S., Costa, M. A. R., Inoue, K. C., & Matsuda, L. M. (2016, September 26). CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS. *Cogitare Enfermagem*, *21*(3)

De Vries E.M., Ramrattan M.A., Smorenburg S.M, Gouma D.J, &Boermeester M.A. (2008). The incidence and nature or in-hospital adverse events: a systematic review. *Quaity l Safety in Health Care*, 17 (3), 216-223. http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2007.023622

Coren (2010). Dez passos para a segurança do paciente Recuperado em 27 de julho, 2016 de http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. ArchPatholLab Med. 114(11):1115-8. Recuperado em 30 de abril, 2016 de "http://europepmc.org/abstract/med/2241519"/med/2241519

Donaldson, M. S. (Ed.). (1999). *Measuring the Quality of Health Care*. Washington: National Academies Press. Recuperado em 31 de março, 2016 de http://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=lLgx96tekd8C&pgis=1

Duarte, S. D. C. M., Stipp, M. A. C., Silva, M. M. D., & Oliveira, F. T. D. (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*, *68*(1), 144-

154.Recuperado em 10 de abril, 2016 de http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120

Feldman, L. B., Gatto, M. A. F., & Cunha, I. C. K. O. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: Dos padrões a acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, *18*(2) Recuperado em 25 de junho, 2016 de http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000200015

Françolin, L., Gabriel, C. S., Bernardes, A., de Camargo Silva, A. E. B., Brito, M. D. F. P., & Machado, J. P. (2015). Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *49*(2), 277-283.

Freitas, M. R. de, Antunes, A. G., Lopes, B. N. A., Fernandes, F. da C., Monte, L. de C., & Gama, Z. A. da S. (2014, January). Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *30*(1), 137–148. Recuperado em 01 de novembro, 2016. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00184612

Gawande, A. A., Thomas, E. J., Zinner, M. J., & Brennan, T. A. (1999). The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, *126*(1), 66–75. DOI:10.1067/msy.1999.98664. Recuperado em 21 de abril, 2016 de http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039606099001622

Garvin, David A.(1984). What Does 'Product Quality' Really Mean? *MIT Sloan Management Review* 26(1), Recuperado em 22 de maio, 2016 de http://www.oqrm.org/English/What_does_product_quality_really_means.pdf

Ghoshal, S., Lampel, J., Mintzberg, H., & Quinn, J. B. (2007). O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados. (4. ed) Porto Alegre, RS: Artmed Editora S.A

Gil, A.C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. Ed. São Paulo: Atlas.

Gil, A.C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. Ed Sao Paulo: Atlas

Godoi, C.K., Mello, R.B., & da Silva, A.B. (2006). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva

Gomes, P. J. P. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufaturados aos serviços de informação. *Cadernos BAD*, 2004, vol. 2004, n. 2, pp. 6-18. Recuperado em 23 de maio, 2016 de http://eprints.rclis.org/10401/

Gonçalves, E. L. (1998). Estrutura organizacional do hospital moderno. *Revista de Administração de Empresas*, *38*(1), 80-90.

Handler, S. M., Castle, N. G., Studenski, S. A., Perera, S., Fridsma, D. B., Nace, D. A., & Hanlon, J. T. (2006). Patient safety culture assessment in the nursing home. *Quality and Safety in Health Care*, *15*(6), 400–404. doi:10.1136/qshc.2006.018408

Harada, M. J., & Pedreira, M. L. G. (2013). O erro humano e sua prevenção In: *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]*. Brasília:ANVISA, 41-58. Recuperado em 08 de junho, de 2016 de http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf

Hartmann, C., &Novaretti, M. (2016). Percepção dos estudantes do curso superior de enfermagem sobre segurança do paciente. *Revista ESPACIOS*, *37*(18), E–3. Recuperado em, 29 de maio, 2016 http://www.revistaespacios.com/a16v37n18/163718e3.html

Hemesath, M., Santos, H. B., Torelly, E. M., Motta, M. B., Pasin, S., & Magalhães, A. M. (2015). Avaliação e gestão da adesão dos profissionais à verificação da identificação do paciente. *Revista Acreditação*, *5*(19), 45–54. Retrieved from http://hdl.handle.net/10183/131366

IBGE (2015). *Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento* (1st ed.). Recuperado em 09 de abril, 2016 de http://biblioteca.ibge.gov

Garcia, T. & Cabral, L. (2011). Notassobre Enfermagem(1 ed). London: Elsevier Health Sciences Brazil.

James, J. T. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of patient safety*, *9*(3), 122-128. Recuperado em 30 de maio, 2016, de doi: 10.1097/PTS.0b013e3182948a69.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Exemples of monitoring and evaluation in special care units. In: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Spacial care unit monitoring and evaluating in perspective. Chicago: JCAHO, 1998

Kohn, L., Corrigan, J. , Donaldson, M. (1999). *To err is human: building a safer health system* (1.st ed). Washington (DC): National Academies Press (US).

Lakatos, E. & Marconi, M. (2003). *Fundamentos da metodologia científica*. São Paulo: Atlas.

Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber. Belo Horizonte*: Ed. Da UFMG.

Leão, B.F., Lira, A.C.O., & Moura, L.A., (2011). Gestão da Tecnologia da Informação. InMalik, A.M., Vecina Neto, G. (Ed). *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara Koogan Ltda.

Leape, L. L. (2006). When good doctors go bad: a systems problem. *Annalsof surgery*, *244*(5), 649-652. Recuperado em 10 de março, 2016, de http://journals.lww.com/annalsofsurgery/Citation/2006/11000/When_Good_Doctors_Go_Bad__A_Systems_Problem.4.aspx

Lima, E.G., & Aché, C. A. (1999) O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. *Revista de Administração de Empresas*, 39 (1), 84-97. Recuperado em, 10 de julho, 2016 de http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901999000100009

Lohr, K. (1990). Medicare—Vol. I—A Strategy for Quality Assurance; Medicare—Vol. II—A Strategy for Quality Assurance—Sources and Methods. *Journal For Healthcare Quality*, *12*(5), 31. http://dx.doi.org/10.1097/01445442-199011000-00015

Marini, D. C., Pinheiro, J. T., &Rocha, C. S. (2016). Avaliação dos erros de diluição de medicamentos de administração intravenosa em ambiente hospitalar para o desenvolvimento de um guia de diluição e administração dos mesmos. *Infarma - Ciências Farmacêuticas*, *28*(2), 81. Recuperado em 02 de novembro,2016 de http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v28.e2.a2016.pp81-89

Martins, G.& Theóphilo, C. (2009). *Metodologia da pesquisa científica para ciências sociais aplicadas.* São Paulo: Atlas.

Malhotra, N. K. (2012). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Bookman Editora.

Malik, A.M., & Vecina, G.N. (1992). Desenhando caminhos alternativos para a gerência de serviços de saúde. In Cadernos da Nona Conferencia Nacional de Saúde. Ministério da Saúde.Brasília, (2) pp.141-7.

Malik, A.M., Vecina Neto, G. (2011). (Ed). *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara Koogan Ltda.

Martins, G. & Theophilo, C. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Atlas.

Melchiades, E. P. (2016). *Segurança do paciente: análise das notificações de eventos em um hospital privado*. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" UNESP. Recuperado em 15 de maio, 2016 de http://hdl.handle.net/11449/137998

Mendes, W., Pavão, A. L. B., Martins, M., de Oliveira Moura, M. D. L., & Travassos, C. (2013). Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de

Janeiro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *59*(5), 421-428. Recuperado em 01 de abril, 2016 de http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002

Mendes, A. D. C. G., Sá, D. A., Miranda, G. M. D., Lyra, T. M., & Tavares, R. A. W. (2012). Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. Cad. Saúde Pública *28*(5), 955-964. Recuperado em 25 de abril, 2016 de http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500014

Mendes, W., Martins, M., Rozenfeld, S., & Travassos, C. (2009). The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, 21 (4) 279- 284. http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp022

Ministério da Saúde, Fio Cruz, Anvisa (2014). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília. Recuperado em, 01 de fevereiro de 2016, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

Miralha, S. W. S, Kalata, J. N, Santos, L. V., Silva, K. S., Porto, S. G., & Wegner, W. (2016). Processo de identificação do paciente: Reflexos para a segurança do paciente em unidades de internação cirúrgica. Retrieved from http://hdl.handle.net/10183/140742

Mondejar, B. M., Castro de, P.F., Matines, E. M., Zuil, M. F., Sánches I. F., De la Riva Jiménez, I. ...& de Larramendi Matinez, C. H. (2013). Idenficación y analisis de eventos adversos intrahospilarios. Trauma Fund MAPFRE, 24 (4), 258-262 Recuperado em 01 de maio, 2016 de http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v24n4/docs/Articulo9.pdf

Moura, M. L.O., & Mendes, W. (2012). Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *15*(3), 523-535. https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300007

Nascimento, L. L. L. (2013). O estudo das práticas de Gestão de Pessoas no ambiente hospitalar.6 (1)*Revista Especialize On-line IPOG*. Recuperado em, 10 de julho, 2016 de http://www.institutodeposgraduacao.com.br/uploads/arquivos/a4a5b0af834e1dfb2fe3416890f4c1a6.pdf

Neuhauser, D. (2002). Ernest Amory Codman MD. *Quality and Safety in Health Care, 11(1),* 104-105. Recuperado em 01 de maio, 2016 de http://dx.doi.org/10.1136/qhc.11.1.104

Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, *12* (suppl 2), 17–23. Recuperado em 15 de maio, 2016 de http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full

Novaretti, M. C. Z., Vasconcelos E. S., Quitério, L. M., &Daud-Gallotti, R. M. (2014). Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *67*(5), 692.

Nunes, C. F., Guerra, T. D. R. B., Dehoul, M., & Maior, M. C. G. S. (2016). Segurança do paciente em uma grande emergência do SUS: como assegurar a prática? *Academus Revista Científica da Saúde*, *1*(1).

ONA - Organização Nacional de Acreditação - Histórico - Histórico. (2016). *Ona.org.br*. Recuperado em 05 Julho, 2016,de https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico

O'Keeffe, V. J., Tuckey, M. R., &Naweed, A. (2015). Whose safety? Flexible risk assessment boundaries balance nurse safety with patient care. *Safety Science*, *76*, 111–120. Recuperado em 10 de junho, 2016 de http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753515000521

Organización Mundial de laSalud OMS (2008).Alianza mundial para laseguridaddel paciente. La investigación em seguridade del paciente. Recuperado em 20 de abril, 2016 de.http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, *377*(9779), 1778-1797.Recuperado em 05 de abril, 2016 de http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8

Paese, F., & Sasso, G. T. M. D. (2013). Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto & Contexto enfermagem*, *22*(2), 302-310. Recuperado em, 29 de março, 2016 de http:// dx.doi.org/10.1590/s010407072013000200005

Paiva, M.C.M.S, Paiva, S.R., & Berti, H.W. (2010). Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 44(2): 287-94. Recuperado em 02 de abril, 2016 de http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200007

Paranaguá, T. T. B., Bezerra, A. L. Q., Camargo, A. E. B., & Azevedo Filho, S. F. M. (2013). Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. *Acta Paul Enferm*, *26*(3), 256-62.

Perovano, D. G. (2014). Manual de Metodologia Científica. Curitiba, PR: Jurua Editora.

Ponte Junior, G. P. (2012). *Gerenciamento de riscos, cultura de segurança e fatores humanos para simulação computacional de escape e abandono em instalações offshore* (Doctoral dissertation, Universidade Federal do Rio de Janeiro). Recuperado em 28 de maio, 2016 de http://www.oceanica.ufrj.br/intranet/teses/2012_Doutorando_Gerardo_Portela_da_Ponte_Junior.pdf

Porto, S., Martins, M., Mendes, W., & Travassos, C. (2010). A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, (10), 74-80. Recuperado em 02 de fevereiro, 2016 de http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t%20seg%20doente/8-a%20magnitude%20financeira%20dos%20eventos%20adversos%20em%20hospitais%20no%20brasil.pdf

Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Ministério da Saúde.Diário Oficial da União. Recuperado em, 03 de março, 2016 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html

Portaria GM/MS 1377 de 09 de julho de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Recuperado em, 03 de março, 2016 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html

Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013(2013). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Recuperado em 03 março, 2016, de "http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html"2013.html

Queiroz, E. K. R. D. (1995). *Qualidade segundo Garvin*. *São Paulo: Annablume*.

Quinto Neto, A. (2008). A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. *Revista de Administração em Saúde–RAS*, *10*(41). Recuperado em 18 de março, 2016 de http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=529746&indexSearch=ID

Reis, C. T., Martins, M., &Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, *18*(7), 2029–2036. Recuperado em 23 de abril, 2016 de doi:10.1590/s1413-81232013000700018

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013(2013). Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Recuperado em 03 de fevereiro, 2016, de "http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html"2013.html

Roque, K. E., & Melo, E. C. P. (2011). Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, *15*(3), 595-601. Recuperado em 27 de abril, 2016 de http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=598473&indexSearch=ID

Roque, K. E., & Melo, E.C.P. (2012). Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, *16*(1), 121-127. Recuperado em 05 de maio, 2016 de http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a16

Santos, C. M., Caregnato, R. C. A., & Moraes, C. dos S. (2013). EQUIPE CIRÚRGICA: ADESÃO À META 1 DA CIRURGIA SEGUR. *Revista SOBECC*, *18*(4), 47–56. Retrievedfromhttp://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2014/pdfs/revisao-de-leitura/Ano18_n4_out_dezet2013-9.pdf

Santos, D. S., Souza, O., Nascimento, A. L. S., Santos, J.P., Alves, M. C.,& Soares, F. G. (2014). Segurança do paciente: fatores causais de eventos adversos a medicamentos pela equipe de enfermagem. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT*, *2*(2), 19-30.

Santos, T. C. R., Roseira, C. E., Piai-Morais, T. H., & Figueiredo, R. M. (2014). Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *35*(1). Retrievedfrom http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/40930

Santos, E. V. (2015). *Influência da gestão de processos administrativos na segurança de pacientes internados em unidades de terapia intensiva*. (Universidade Nove de Julho, Uninove)

Secretária de Estado da Saúde de São Paulo [SES]. (2016). Recuperado em 10 de abril, 2016 de http://www.saude.sp.gov.br/links/matriz

Senhoras, E. M. (2007). A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, *1*(1), 45-55. Recuperado em 03 de julho, 2016 de http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/879/1523

Silva, M. V. P., & de Carvalho, P. M. G. (2016). Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento. *Revista Interdisciplinar*, *9*(1), 1-12. Recuperado em 05 de maio, 2016 de http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/500

Silva, L.D. (2014). Segurança e qualidade nos hospitais brasileiros. *RevistaEnfermagemUERJ*, 21 (4), 425-426.

Schiøler, T., Lipczak, H., Pedersen, B. L., Mogensen, T. S., Bech, K. B., Stockmarr, A., Svenning, A R., &Frølich, A. (2001). Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskrift for Laeger*, *163*(39), 5370–8. Recuperado em 02 de abril, 2016 de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11590953

Souza, V. P., & de Carvalho, R. B. (2015). Gestão do conhecimento no âmbito da administração hospitalar: proposta de modelo conceitual integrativo para gestão do corpo clínico. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, *4*(2), 97. Recuperado em 25 de junho, 2016 de http://search.proquest.com/openview/5b84f1563c777f43c8636ab272e7ec42/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2037575

Souza, L. M., Ramos, M. F., Becker, E. S. da S., Meirelles, L. C. da S., & Monteiro, S. A. O. (2015). Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *36*(4). Recuperado em, 10 de outubro, 2016de http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/49090

Tase, T. H., Lourenção, D. C. de A., Bianchini, S. M., &Tronchin, D. M. R. (2013). Identificação do paciente nas organizações de saúde: Uma reflexão emergente. *Revista*

Gaúcha de Enfermagem, *34*(3), 196–200. Recuperado em 12 de outubro, 2016 de doi:10.1590/s1983-14472013000300025

Thorwald, J. (2011). *O Século dos cirurgiões*. Ed. Hemus. São Paulo.

Urbanetto, J. D. S., &Gerhardt, L. M. (2013). Segurança do paciente na tríade assistência ensino-pesquisa. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 34(3), 8. Recuperado em 14 de maio, 2016 dehttp://hdl.handle.net/10183/85466

Vaccari, É., Lenardt, M. H., Betiolli, S. E., Willing, M.H.,& Andrade, L. A. S. D. (2016). Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. *Cogitareenferm*, *21*(5), 01-09. Recuperado em 18de novembro, 2016 de https://www.researchgate.net/profile/Susanne_Betiolli/publication/306299737_SEGURANCA_DO_PACIENTE_IDOSO_E_O_EVENTO_QUEDA_NO_AMBIENTE_HOSPITALAR/links/57bdd4f708aeb95224d055d6.pdf

Vergara, S. C. (2009). Projetos e relatórios de pesquisa em administração. São Paulo: Atla.

Vieira, M.M.F, & Zowain, D.M (2006). Por uma boa pesquisa (qualitativa) em administração. In *Pesquisa Qualitativa em administração* (2nd., pp, 15-17). Rio de Janeiro: FGV

Vieira, C. P., de Oliveira, E. W. F., Ribeiro, M. G. C., Luz, M. H. B. A., de Araújo, O. D., & Pereira, A. F. M. (2016). Ações preventivas em úlceras por pressão realizadas por enfermeiros na atenção básica Preventive actions in pressureul cerscarried out by nurses in primary care. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, *8*(2), 4447-4459.

Vincent, C. (2001). Adverse events in British hospitals: preliminar retrospective record review. *BMJ*, *322*(7285), 517–519. doi:10.1136/bmj.322.7285.517. Recuperado em 02 de abril, 2016 de http://www.bmj.com/content/322/7285/517.pdf%2Bhtml

Waldman, C. C. S., Traverzin, M. A. D. S., &Novaretti, M. C. (2015). Identificando Falhas no Agendamento de Cirurgias Eletivas: A Experiência de um Hospital Público.*IPTEC*, *3*(1), 1-16 Recuperado em 18 de março, 2016 de http:// dx.doi.org/10.5585/iptec.v3i1.23

Weingartner C.B, Pereira M.F., & Bernardini I.S. O Planejamento estratégico na gestão de organizações pública. *Coleção Gestão da Saúde Pública*, (1). Recuperado em, 10 de julho, 2016 de http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/02/Anais-GSP-Vol-1-Artigo-2.pdf

Wilson, R. M., Runciman, W. B., Gibberd, R. W., Harrison, B. T., Newby, L., & Hamilton, J. D. (1995). The Quality in Australian Health Care Study. *The Medical Journal of Australia*, *163*(9), 458–71. Recuperado em 26 de abril, 2016 de http://welladjustedbabies.com/assets/downloads/landmark-study.pdf

World Health Organization WHO. (2009). Conceptual Framework for de International Classification for the Patient Safety (V.1.1) Recuperado em 01 de abril, 2016, de http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

World Health Organization WHO. (2014). 10 Facts on patient safety. Recuperado em 05 de abril, 2016, de http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index2.html

World Health Organization WHO. (2015). Making all injections safe. Recuperado em 04 de maio, 2016, http://www.who.int/injection_safety/global-campaign/injection-safety_brochure.pdf

Yin, R.K. (2015). Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. (5.ed. C.M. Herrera, Trad.) Porto Alegre, RS: Bookman Editora Ltda. (Obra original pública em 2014).

Zegers M., De Bruijne M.C, Wagner C., Honhout L.H.F., Waaijman R., Smits M., & Van der Wal G. (2009). Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. Quality and Safety in Health Care, 18 (4), 298-302. Recuperado em 30 de março, 2016 de doi: 10.1136/qshc.2007.025924

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA APLICADO

Conhecer o entrevistado		*** 1. Qual o seu sexo?** feminino masculino *** 2. Qual a sua idade?** *** 3. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?** menos que um ano entre 1 e 2 anos entre 3 e 5 anos entre 5 e 10 anos entre 10 e 15 anos entre 15 e 20 anos mais que 20 anos *** 4. Há quanto tempo ocupa este cargo?** menos que um ano entre 1 e 2 anos entre 3 e 5 anos entre 5 e 10 anos entre 10 e 15 anos entre 15 e 20 anos mais que 20 anos *** 5. Qual a sua formação?** médico (a) enfermeiro (a) administrador (a) Outro (especifique) *** 6. Qual o seu nível de formação** educacional? ensino médio completo superior completo especialização em andamento especialização completa mestrado em andamento mestrado completo doutorado em andamento doutorado completo pós-doutorado
1.Segurança do paciente	A segurança do paciente é um problema mundial e desde o lançamento do Programa de Segurança do Paciente em 2004, é que tem havido uma mobilização mundial para conter e sanar os problemas relacionados a segurança do paciente. (WHO, 2009).	*** 7. Conheço o que é segurança do paciente.** Discordo totalmente Discordo Nem discordo nem concordo Concordo Concordo totalmente *** 8. Eu conheço o programa nacional sobre segurança do paciente.** Discordo totalmente Discordo Nem discordo nem concordo Concordo

		Concordo totalmente *** 9. Este hospital desenvolve ações que promovem a segurança do paciente.** Discordo totalmente Discordo Nem discordo nem concordo Concordo Concordo totalmente *** 10. A gestão de risco deste hospital já veio a minha área para explanar sobre segurança do paciente.** Discordo totalmente Discordo Nem discordo nem concordo Concordo Concordo totalmente *** 11. Já houve reunião com outros gestores do hospital sobre segurança do paciente.** Sim, uma vez Sim, frequentemente Sim, as vezes não não sabe *** 12. As falhas de segurança do paciente podem ser do tipo (assinale todas que se aplicar):** Evento adverso (causa dano ao paciente) Quase erro Ocorrência comunicável Incidente sem danos Não sabe Outro (especifique) ***13. Quando ocorre uma falha na segurança do paciente, mas ela é percebida e corrigida antes de afetar o paciente, com que frequência ela é relatada**? Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe ***14. Quando uma falha acontece, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ela é relatada?** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe

		***15. Quando ocorre uma falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ela é relatada?** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe ***16. Caso as falhas sejam notificadas elas são investigadas?** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre SempreNnão sabe ***17. Quando uma falha acontece, quais medidas são implementadas para evitar que novas falhas aconteçam novamente? Assinale todas as alternativas que se aplicam:** Treinamento do (s) colaborador (res) envolvido (s) Punição do (s) colaborador (res) envolvido (s) Demissão do (s) colaborador (res) envolvido (s) Transferência de turno /área do (s) colaborador (res) envolvido (s) Punição, treinamento/retreinamento do (s) colaborador (res) envolvido (s) A unidade onde você trabalha não documenta falhas Outras - favor especificar ***18. A partir da divulgação do relatório de eventos somos informados sobre mudanças implementadas para melhorar a segurança do pacientes.** Discordo totalmente Discordo Nem discordo nem concordo Concordo Concordo totalmente **Comentários:**
2.Identificação do paciente	A identificação do paciente é um protocolo imprescindível para assegurar a segurança do paciente em todos as etapas da assistência. Os erros de identificação podem resultar em erros de medicação, falhas durante a transfusão de hemocomponentes, trocas de exames, procedimentos realizados	*** 19. Este hospital já implantou a identificação segura do paciente?** Sim, em todo o hospital Sim, na maior parte do hospital Sim, em poucas áreas do hospital Sim, em uma única área do hospital Não implantou Não sabe

	em pacientes e/ou em locais incorretos, troca de bebês. Para garantir que o paciente seja corretamente identificado. Todos os colaboradores devem participar do processo de identificação do pacientes em todas as etapas: admissão, transferência, alta, óbito (MS, ANVISA,FioCruz,2013)	Se respostas opções 2,3,4 - favor especificar quais áreas *** 20. O paciente e o acompanhante são identificados assim que dão entrada neste hospital.** Discordo totalmente Discordo Nem discordo nem concordo Concordo Concordo totalmente *** 21. A pulseira de identificação é um diferencial positivo para a segurança do paciente.** Discordo totalmente Discordo Nem discordo nem concordo Concordo Concordo totalmente *** 22. O conteúdo das pulseiras de identificação e etiquetas sempre estão corretos:** Discordo totalmente Discordo Nem discordo nem concordo Concordo Concordo totalmente ***23. Quanto à pulseira e etiquetas de identificação do paciente:** Nunca falta Sempre falta Sempre tem, mas é colocado apenas no prontuário Sempre tem, e sempre é colocado apenas no paciente Sempre tem, e sempre é colocado no paciente e no prontuário Tem na maioria das vezes quando falta como o paciente é identificado? *** 24. Esta Unidade Hospitalar oferece treinamento para a correta identificação do paciente.** Discordo totalmente Discordo Nem discordo nem concordo Concordo Concordo totalmente *** 25. Você confirma a identidade do paciente antes do processo do cuidado?** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe

		***26. Você comunica um superior caso perceba que tem algo de errado com a pulseira de identificação ou se esta, encontra-se ausente?** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe ***27. Você informa ao acompanhante que ele pode e deve comunicar caso perceba algo de errado com a pulseira de identificação?** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe
2.Protocolo para a prática de higienização das mãos	Higienizar as mãos é remover a sujidade, suor, oleosidade, pelos e células descamativas da microbiota da pele, com a finalidade de prevenir e reduzir as infecções relacionadas a assistência à saúde (MS, ANVISA,FioCruz,2013)	*** 28. Este hospital já implantou a prática correta de higienização das mãos?** Sim, em todo o hospital Sim, na maior parte do hospital Sim, em poucas áreas do hospital Sim, em uma única área do hospital Não implantou Não sabe Se respostas opções 2,3,4 - favor especificar quais áreas *** 29. Eu fui treinado para higienizar as mãos adequadamente.** Discordo totalmente Discordo Nem discordo nem concordo Concordo Concordo totalmente *** 30. Você costuma higienizar as mãos antes de manter contato com o paciente?** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe
3.Cirurgia Segura	A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de	*** 31. Este hospital já implantou a prática para realização de cirurgia segura?** Sim, em todo o hospital Sim, na maior parte do hospital Sim, em poucas áreas do hospital Sim, em uma única área do hospital Não implantou

	procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013).	Não sabe Se respostas opções 2,3,4 - favor especificar quais áreas *** 32. Neste hospital é realizada a lista de verificação de cirurgia segura antes, durante e depois da cirurgia?** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe *** 33. Neste hospital é realizada a marcação de lateralidade?** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe *** 34. Neste hospital o paciente é estimulado a participar da marcação da lateralidade?** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe ***35. Eu recebi treinamento desta Unidade Hospitalar para realizar a lista de verificação para a cirurgia segura.** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não se aplica Comentários:
4.Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;	A promoção de práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde. Segundo o protocolo, estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de sete mil mortes por ano nos Estados Unidos, acarretando custos tangíveis e intangíveis (MS, ANVISA, FioCruz,2013).	*** 36. Este hospital já implantou a prática para administração de medicamentos com segurança?** Sim, em todo o hospital Sim, na maior parte do hospital Sim, em poucas áreas do hospital Sim, em uma única área do hospital Não implantou Não sabe Se respostas opções 2,3,4 - favor especificar quais áreas ***37. Recebi treinamento desta Unidade Hospitalar sobre segurança na prescrição e uso de administração de medicamentos.**

		Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe Comentários
5. Prevenção de quedas;	A queda pode ser definida como a situação na qual o paciente, não intencionalmente, vai ao chão ou a algum plano mais baixo em relação à sua posição inicial. A avaliação periódica dos riscos que cada paciente apresenta para ocorrência de queda orienta os profissionais a desenvolver estratégias para sua prevenção (COREN, 2010).	*** 38. Este hospital já implantou medidas para evitar quedas de pacientes?** Sim, em todo o hospital Sim, na maior parte do hospital Sim, em poucas áreas do hospital Sim, em uma única área do hospital Não implantou Não sabe Se respostas opções 2,3,4 - favor especificar quais áreas ***39. Este hospital possui ambiente físico (barras em banheiros, escada com corrimãos, fita antiderrapantes e placas de informação) que propicia a prevenção de quedas.** Em nenhum local de circulação e internação do paciente. Em alguns ambientes de circulação e internação do paciente. Somente nas unidade de internação de paciente. Somente nos locais de circulação de pronto atendimento. Em todos os ambientes de circulação e internação dos pacientes/ acompanhantes *** 40. Os familiares são orientados a avisar quando saírem de perto do paciente?** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe *** 41. Os profissionais e acompanhantes são orientados a manter as grades das camas elevadas?** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe *** 42. Já fui treinado por essa Unidade Hospitalar quanto a prevenção de quedas do paciente.** Discordo totalmente

		Discordo Nem discordo nem concordo Concordo Concordo totalmente Comentários:
6.Prevenção de úlceras por pressão;	Úlcera por pressão é uma lesão na pele e ou nos tecidos ou estruturas subjacentes, geralmente localizada sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada, ou combinada com fricção e/ou cisalhamento. A avaliação periódica dos riscos que cada paciente apresenta para a ocorrência de úlceras por pressão orienta os profissionais a desenvolver estratégias para sua prevenção (COREN, 2010).	*** 43. Este hospital já implantou medidas para evitar as úlceras por pressão em pacientes?** Sim, em todo o hospital Sim, na maior parte do hospital Sim, em poucas áreas do hospital Sim, em uma única área do hospital Não implantou Não sabe Se respostas opções 2,3,4 - favor especificar quais áreas ***44. Os pacientes são avaliados em sua admissão com o intuito de ser verificado potencial risco de se desenvolver úlcera por pressão?** Nunca Raramente Ás vezes Quase sempre Sempre Não sabe *** 45. Já fui treinado por essa Unidade Hospitalar para prevenir úlceras por pressão.** Discordo totalmente Discordo Nem discordo nem concordo Concordo Concordo totalmente Comentários: