

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THAYNARA SOUTO VASCONCELOS LINS

CULTURA DE SEGURANÇA COMO ELEMENTO PARA A EFETIVAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

CAMPINA GRANDE
2016

THAYNARA SOUTO VASCONCELOS LINS

CULTURA DE SEGURANÇA COMO ELEMENTO PARA A EFETIVAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado junto ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como um dos requisitos à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª. Andréia Oliveira Barros Sousa

CAMPINA GRANDE

2016

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

L759c

Lins, Thaynara Souto Vasconcelos.

Cultura de segurança como elemento para a efetivação da qualidade da assistência / Thaynara Souto Vasconcelos Lins. – Campina Grande, 2016.

42f.; il.; qd.

Monografia (Bacharel em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, Curso de Enfermagem, Campina Grande, 2016.

Orientadora: Andréia Oliveira Barros Sousa, Esp.

1.Enfermagem. 2.Segurança do paciente. 3.Cultura de segurança. I.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG CDU 616-083

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDA – UACS
CURSO DE ENFERMAGEM

ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC DO CURSO DE ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CAMPUS DE CAMPINA GRANDE – PB.

Aos doze dias do mês de maio do ano 2016 às 14:30 horas, na sala 5, com a presença dos professores participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado Cultura de Segurança como elemento para a efetivação da qualidade da assistência, desenvolvido pelo aluno (a) Thayanara Santos Vasconcelos Lins, regularmente matriculado no componente curricular TCC II, no semestre 2015.2, orientado pelo professor (a) Andréa Oliveira Barros Sousa. O período da defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pelo regimento do TCC. O aluno utilizou 30 minutos para a apresentação do seu TCC. Ao término da defesa o (a) aluno (a) juntamente com o público retirou-se da sala e a banca a portas fechadas emitiu o parecer, atribuindo a nota ao aluno. Em seguida o aluno foi reconduzido à sala e o resultado da sua avaliação foi divulgado pelo orientador. Obtendo nota 9,6 (nove inteiros e seis décimos) pelos examinadores. O orientador agradeceu a presença de todos. Assim, dou fé.

Campina Grande, 12/05/16.

ORIENTADOR (A): Andréa Oliveira Barros Sousa

TITULAÇÃO: Especialista

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro: [illegible] **Titulação:** Mestre

2º Membro: [illegible] **Titulação:** Especialista

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais, Túlio e Sonia,e meus irmãos Tharyck e Thulyo Savyo (in memorian) que para mim serão sempre referência de força, determinação, humildade e generosidade. E que me ajudaram em tudo que lhes foi possível para ver meu sonho de ser enfermeira se tornar realidade.

Ao meu esposo Guilherme, que esteve sempre ao meu lado,juntos vencemos mais um desafio. Obrigada pelo amor, apoio, respeito, paciência e compreensão.

À minha filha Cecília, minha amiga e parceira, presença indispensável na minha vida, que embora não tenha conhecimento disto, mas iluminou de maneira especial meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimento. Obrigada por aceitar e compreender o meu cansaço e minha ausência. Te amo muito!

Aos meus familiares, que mesmo com a distância que nos separam, torcem e vibram com as minhas vitórias. Sou grata por fazer parte dessa família maravilhosa.

À Professora Andréia Barros, que me aceitou como orientanda e que caminhou comigo nas diversas tentativas do projeto de pesquisa. As suas contribuições, seu conhecimento, seu incentivo, foram valiosos e imprescindíveis em todas as fases deste estudo.

Ao Corpo docente do Curso de Enfermagem do CCBS-UFCG, que participaram diretamente da minha formação, garantindo o acesso aos melhores conhecimentos disponíveis.

Aos colegas da À turma 2011.1-2015.2 que percorreram a trajetória e dividiram os conhecimentos, problemas e risadas comigo.

Às autoras e autores citados neste estudo pelas suas louváveis contribuições ao corpo de conhecimento da Enfermagem Brasileira.

A Todos e todas que não foram mencionados, mas ajudaram de alguma maneira na construção deste sonho.

E em especial, à Deus, por ter colocado cada uma dessas pessoas na minha vida, sempre no momento exato. Sou grata Senhor por me guiar durante essa trajetória, mostrando a alegria nos momentos de tristeza, e coragem nos momentos de desânimo. Obrigada por Ser o meu caminho, a minha verdade e a minha vida.

LINS, Thaynara Souto Vasconcelos; **Cultura de Segurança como elemento para a efetivação da qualidade da assistência.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Bacharelado em Enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de Campina Grande, 2016.

RESUMO

A segurança do paciente deve ser norteada com o intuito de reduzir ao máximo o risco que o indivíduo assistido possui em sofrer qualquer tipo de iatrogenia durante os cuidados recebidos dentro das organizações de saúde, devendo caminhar com a qualidade na prestação da assistência, detectando e diagnosticando os erros e condições geradoras destes. Tendo como objetivo analisar a produção cientifica nacional sobre a Cultura de Segurança do Paciente, identificando as contribuições dessas produções e promovendo discussão sobre o tema. Com abordagem descritiva analítica, esta pesquisa se desenhou através de uma revisão integrativa de literatura. Realizada nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2016, nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Eletronic Library Online e Bancos de Dados da Enfermagem. Com os Descritores de Ciências da Saúde: enfermagem, segurança do paciente, cultura de segurança. Utilizando 16 artigos publicados entre os anos de 2011 a 2015 que possuíam acesso livre ao texto completo em língua portuguesa. Como resultados percebe-se uma elevada produção acerca da temática de segurança do paciente na área de enfermagem. Houve um aumento na produção cientifica acerca da segurança do paciente a partir do ano de 2013, ano da instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente em nível nacional. Com 75% dos artigos publicados em periódicos com padrão internacional. Em relação aos aspectos metodológicos dos trabalhos constata-se que 48% são estudos descritivos, e/ou exploratórios, e/ou retrospectivos de abordagem quantitativa. Estudos descritivos qualitativos são 33%. Ainda, 9% caracteriza-se como relato de experiência, 5% revisão integrativa e 5% comentário reflexivo. Quanto aos objetivos a maioria dos estudos investigados observam a cultura de segurança no âmbito profissional analisando a percepção desses dentro de suas instituições, bem como a descrição das estratégias que estão buscando sistematizar para uma efetiva implementação de um ambiente seguro, e o estabelecimento de uma comunicação efetiva que analise o processo que desencadeou o erro. Os resultados encontrados nesse estudo evidenciam a relevância de um processo avaliativo continuo para direcionar as ações implementadas às necessidades dos usuários assistidos.

Descritores: Enfermagem, segurança do paciente, cultura de segurança

LINS, Thaynara Souto Vasconcelos; **Cultura de Segurança como elemento para a efetivação da qualidade da assistência.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Bacharelado em Enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de Campina Grande, 2016.

ABSTRACT

Patient safety must be guided in order to reduce to minimum the risk that the assisted person has, to suffer any kind of iatrogenesis during the care received within the health organizations, going hand in hand with quality in providing assistance, detecting and diagnosing errors and generating conditions. The study aimed to analyze the national scientific production on Patient Safety Culture, identify the contributions of these productions for the same and promote discussion on the topic. With analytical descriptive approach, this research was designed through a literature integrative review. Held in January and February 2016, in electronic databases Latin American and Caribbean Health Sciences, Scientific Electronic Library Online and Nursing Databases. With Health Sciences Descriptors: nursing, patient safety, safety culture. Using 16 articles published between 2011-2015 that had free access to the full text in Portuguese. As a result we can see a high production about the patient safety issue in nursing. There was an increase in scientific production about patient safety from the year 2013, year of establishment of the National Patient Safety Program at the national level. With 75% of the articles published in journals with international standard. Regarding methodological aspects of the studies it was observed that 48% of them are descriptive studies, and/or exploratory and/or retrospective of quantitative approach. Qualitative descriptive studies are 33%. Still, 9% is characterized as experience report, 5% integrative review and 5% reflective comment. As to the objectives most investigated studies observe the safety culture in the professional field analyzing the perception of those within their institutions, as well as the description of the strategies that they are seeking to systematize for an effective implementation of a safe environment, and the establishment of effective communication to analyze the process that triggered the error. The results in this study show the importance of a continuous evaluation process to direct the actions implemented to the needs of assisted users.

Keywords: Nursing, patient safety, safety culture

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Distribuição das publicações encontradas nos bancos de dados selecionados de acordo com os descritores..... 21

Quadro II - Caracterização dos artigos científicos elencados em relação ao título, autor principal, periódico e ano de publicação..... 23

Quadro III - Caracterização dos artigos científicos elencados em relação aos objetivos..... 28

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Caracterização dos instrumentos de coleta de dados utilizados na pesquisa para mensuração da cultura de segurança 25

Figura 2 - Distribuição dos artigos quanto ao tipo de estudo 27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT -Associação Brasileira de Normas Técnicas

AHRQ - Agency for Health care Researt and Quality

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BDENF - Base de Dados de Enfermagem

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

DeCS - Descritores de Ciências da Saúde

EAs -Eventos Adversos

EUA - Estados Unidos da América

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HSOPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture

IAEA - International Atomic Energy Agency

ICPS - International Classification for Patient Safety

IOM - Institute of Medicine

IrAS- Infecções Relacionadas com a Assistência à Saúde

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MBAH - Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PBAH - Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar

PBE - Prática Baseada em Evidências

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PRO-ADESS - Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

RIENSEP- Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente

SAQ - Questionário de Atitudes de Segurança

SCIELO - Scientifc Eletronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 11
2. REFERENCIAL TEÓRICO 13
2.1 Histórico da cultura de segurança 13
2.2 Qualificação da atenção à saúde 15
2.3 Erro no ambiente hospitalar x Cultura de Segurança 17
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 20
3.1 Tipo de Pesquisa 20
3.2 Questão Norteadora 20
3.3 Busca ou Amostragem na Literatura 20
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão 21
3.5 Instrumentos e Procedimentos para Coleta dos Dados 22
3.6 Análise dos Dados 22
3.7 Considerações Éticas na Pesquisa 22
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS 23
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 30
5.1 Busca da qualidade da assistência prestada 30
5.2 Dificuldades encontradas para a efetivação de um ambiente seguro 31
5.2.1 Insuficiência de recursos humanos 31
5.2.2 Falta de comunicação dentro da equipe 32
5.2.3 Insuficiência de capacitação da equipe 33
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 34
REFERÊNCIAS 36
APÊNDICE 42

1. INTRODUÇÃO

Segurança de acordo com o Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS) é o desenvolvimento de mecanismos que possam minimizar o risco ou os danos à saúde do indivíduo, decorridos de más condições ambientais ou da própria saúde (PRO-ADESS, 2011).

Quando se pensa no doente essa preocupação exacerba-se, devido as condições de instabilidade física que o mesmo possa estar apresentando e das próprias condições insalubres encontradas nas instituições de saúde.

A segurança deve caminhar lado a lado com a qualidade na prestação da assistência, detectando e diagnosticando os erros e condições geradoras destes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente deve ser norteada com o intuito de reduzir ao máximo o risco que o indivíduo assistido possui em sofrer qualquer tipo de iatrogenia durante os cuidados recebidos dentro das organizações de saúde (BRASIL, 2013a).

A medida que os cuidados de saúde se tornam mais complexos ocorre um aumento na potencialidade para o surgimento de situações que predisponha a incidentes, falhas e/ou erros relacionados a assistência (REIS, 2013).

Rigobello (2012) destaca que a ocorrência de erros em ambientes destinados ao cuidado pode acontecer, podendo causar não só sofrimento para o indivíduo afetado, devido a possibilidade de sequelas irreversíveis, como também para os familiares e pessoas mais próximas, levando-os a uma diminuição da qualidade de vida assim como um possível óbito do indivíduo afetado.

Diariamente milhares de erros ocorrem na saúde, à ocorrência desses tem um importante impacto no Sistema Único de Saúde (SUS) por acarretar aumento na mortalidade, na morbidade, no tempo de tratamento dos pacientes e nos custos assistenciais, além de repercutir suas consequências na sociedade com perda da produtividade do trabalhador e baixos níveis do estado de saúde da população (BRASIL, 2013a).

Em 1999 foi publicado o relatório do Instituto de Medicina (IOM) intitulado “Errar é humano” (*To Err is Human*), apontando que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de Eventos Adversos (EAs) nos Estados Unidos da América (EUA), ultrapassando a taxa de mortalidade de pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) positivo, câncer de mama e pacientes vítimas de atropelamento (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

Estudos realizados em outros países como EUA, Austrália, Reino Unido, Nova Zelândia, Canadá, Holanda e Suécia constataram que 2,9 a 16,6% dos pacientes internados foram vítimas de EAs, sendo 50% passíveis de prevenção. Observou-se também que a maioria destes eventos gerou incapacidade leve e 4,9 a 13,6% levaram ao óbito dos pacientes. Uma pesquisa realizada em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro em 2009 constatou que a incidência dos EAs foi de 7,6%, e que 66,7% destes eram evitáveis (NUNES et al., 2014).

Para atingir a qualidade da assistência as organizações de saúde têm priorizado a cultura de segurança, vista como o produto de valores, atitudes, competências, padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações com cultura de segurança positiva ganham confiança e credibilidade na efetividade de suas ações (REIS et al., 2012).

É preciso buscar o aperfeiçoamento e a criação de sistemas que evitem falhas, sejam latentes como falta de equipamentos, ausência de protocolos e rotinas, carga de trabalho excessiva e/ou ativas incluindo os erros praticados pelos profissionais. Tais falhas acontecem em diversos momentos do processo de assistência e quando um dano é consolidado, decorre de várias situações que predispuseram o erro (BRASIL, 2014).

Partindo, pois, dessa reflexão elencou-se como questão norteadora desse estudo: Quais as produções cientificas nacionais acerca da Cultura de Segurança do Paciente, e de que forma, estas tem contribuído para a qualidade da assistência?

Assim o estudo tem como objetivo geral analisar as produções cientificas nacionais sobre a Cultura de Segurança do Paciente, identificando as contribuições dessas produções, promovendo discussão sobre o tema. Para tanto, os objetivos específicos foram realizar uma busca da literatura produzida e disponível na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Biblioteca Eletrônica Scientifc Eletronic Library Online (Scielo) acerca da Cultura de Segurança do Paciente, identificando a sua relevância para melhoria da qualidade da assistência.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 Histórico da cultura de segurança

De acordo com a Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde (Agency for Health care Researt and Quality – AHRQ) cultura de segurança pode ser compreendido como "o produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança" (BRASIL, 2013, p.48).

O termo cultura de segurança foi utilizado pela primeira vez no relatório técnico do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história, cuja causa foi atribuída a uma falha na cultura de segurança da organização, de acordo com a International Atomic Energy Agency (IAEA) (HEALTH AND SAFETY COMISSION, 1993).

Outros dois graves acidentes ocorreram após o Chernobyl, o Piper Alpha e o King Cross, e seus respectivos relatórios relacionaram às falhas humanas, administrativas e organizacionais, um déficit da cultura organizacional dessas empresas, concluindo que essa postura contribuiu para o surgimento dos dois acidentes (FLIN, 2000 apud REIS, 2013).

Hipócrates (460 a 370 a. C.) pai da medicina moderna, já se preocupava com as consequências advindas do cuidado e devido a isso desenvolveu o princípio de *Primum non nocere*, que significa – primeiro não cause o dano (BRASIL, 2014).

Florence Nightingale desde 1859 alertava para as questões de segurança dos pacientes. Dá mesma forma, outros personagens ao longo da história contribuíram para a melhoria da qualidade da assistência em saúde como: Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Leman Cochrane (BRASIL, 2014).

No âmbito da saúde a cultura de segurança ganhou notoriedade a partir da publicação do livro "To err is human: building a safer health system" em *2000*, pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), que enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança, sendo colocada no centro da política dos sistemas de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999) [grifo do autor].

A preocupação com a qualidade do cuidado e com a cultura de segurança tem sido uma questão prioritária para a OMS, visto que em 2004 foi lançado formalmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países

no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo (ANVISA, 2011).

Em 2005 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente identificou seis áreas de atuação que tem como propósito promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência à saúde. São elas: Identificação correta do paciente; Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; Melhorar a segurança na prescrição, uso e na administração de medicamentos; Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; Higienizar as mãos para evitar infecções; Reduzir o risco de quedas e ulceras por pressão (MARINHO, 2012).

A abordagem fundamental da aliança é a prevenção de danos aos pacientes e o elemento central é a ação chamada "Desafio Global", que a cada dois anos lança um tema prioritário a ser abordado (ANVISA, 2007) [grifo do autor].

O primeiro desafio global proposto pela Aliança Mundial em 2005 e 2006, com o tema Clean Care is Safe Care (Cuidado limpo é cuidado mais seguro), teve como foco as infecções relacionadas com a assistência à saúde (IrAS). Enquanto o segundo desafio global, no biênio 2007-2008, denominado "Cirurgias seguras salvam vidas", enfatiza a atenção para os fundamentos e práticas para a cirurgia segura tornando-as uma realidade constante nas instituições de saúde (OMS, 2009). No ano de 2010 foi lançado o terceiro desafio global Addressing Antimicrobial Resistance (Enfrentar a Resistência Antimicrobiana) tendo como foco o uso racional de antimicrobianos (FIDELIS, 2011) [grifo do autor].

No Brasil, o Ministério da Saúde institui em 1999 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com a missão de proteger e promover a saúde, garantindo a segurança sanitária dos produtos e serviços (CASSIANI, 2010).

O governo brasileiro também busca melhoria na segurança do paciente nos serviços de saúde, e em parceria com a ANVISA, seguindo o modelo da OMS, lança em 2007 uma proposta nacional de segurança do paciente com o objetivo de identificar os problemas e especificidades da segurança nos serviços de saúde (ANVISA, 2007).

Diante das ações desenvolvidas pela ANVISA destaca-se a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, composta por hospitais de ensino e/ou alta complexidade que atuam como observatórios com a finalidade de notificar os eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, sangue, hemoderivados, materiais e equipamentos médico hospitalares (ANVISA, 2011).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2005 institui a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSEP). Em 2008, um grupo de

enfermeiros brasileiros, baseados na RIENSEP, cria a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade (REBRAENSP, 2015).

Em 2013 foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) a Portaria Nº 529, regulamentando o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o intuito de buscar uma atenção segura, livre de incidentes e danos a saúde. Tendo como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013b).

2.2 Qualificação da atenção à saúde

A preocupação com a qualidade do cuidado prestado vem mobilizando todos os setores profissionais na área de saúde. Pensando nisto observa-se cada dia mais um movimento buscando relacionar qualidade, segurança do paciente e a eficiência operacional, buscando estratégias que acompanhem continuamente todo o processo do cuidar (RAMOS et al., 2014).

Nogueira (1994) apud Gusmão Filho (2008) acredita que aplicar o conceito de qualidade na saúde pode se tornar complexo pois a competitividade nessa área é pouca, a padronização dos processos laborais é difícil devido a especificidade dos procedimentos clínicos de cada paciente, o conflito de interesses da equipe devido a heterogeneidade profissional e o déficit de conhecimento técnico do paciente para avaliar a assistência prestada.

Donadebian (2003) acredita que para proporcionar um cuidado de boa qualidade é necessário se avaliar o equilíbrio entre benefícios e perdas, priorizando o bem estar máximo e amplo em toda a sua completude, vislumbrando sempre o coletivo.

Porém, a compreensão de que sistemas falham e permitem que as falhas dos profissionais se propaguem, atingindo os pacientes, permitindo à organização hospitalar rever os seus processos, estudar e reforçar suas barreiras de defesa e as falhas latentes, que estão presentes nos locais de trabalho tornando o sistema frágil e suscetível a erros (SILVA, 2010).

Refletindo nessa perspectiva de buscar qualidade nos serviços de saúde, no ano de 2003 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde juntamente com o MS publicaram uma pesquisa focando a saúde na opinião dos brasileiros (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

A Política de Qualificação da Atenção à Saúde foi então estruturada no ano de 2004 com o objetivo de elevar o nível de qualidade da assistência oferecida através de

investimentos em tecnologias organizacionais e infraestrutura dos serviços de saúde (GUSMÃO FILHO, 2008).

O Qualisus foi a primeira política governamental que priorizou o paciente como protagonista do processo de prestação de cuidados, buscando o respeito a dignidade e a cidadania do mesmo (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

Graças a essa nova perspectiva os hospitais e outras entidades da saúde vem tentando incrementar práticas mais eficientes para gerir e assegurar uma prestação de cuidados mais humanizada e acima de tudo qualificada (BRASIL, 2002).

Exemplo dessa busca foi a criação e implantação no país do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH) que tem como objetivo fundamental ampliar a melhoria da assistência prestada tanto em nível público como particular, visando um aprimoramento permanente da qualidade da atenção médico-hospitalar (LIMA; ERDMANN, 2006).

A acreditação que é atualmente regulamentada pelo Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH) e pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), pode ser compreendida como um processo de avaliação da qualidade da assistência centrada em padrões previamente estruturados, constituindo fundamentalmente um programa de educação contínua, não possuindo caráter fiscalizador (ONA, 2004).

Além dessas diretrizes existe ainda os Padrões de Acreditação da Joint Comission Internacional para hospitais, que priorizam além da melhoria da assistência através da adoção de padrões internacionais, a segurança do paciente, se adequando aos diversos fatores locais de cada país (JOINT COMISSION INTERNACIONAL, 2005).

Os padrões de qualidade nacionais são estruturados em três etapas de complexidade que visam em seu primeiro nível avaliar se a instituição possui requisitos básicos estruturais e humanos que atendam as necessidades assistenciais do paciente. No segundo analisa-se a organização da assistência com foco na documentação, protocolos assistenciais, treinamento dos funcionários e a prática de auditoria dos setores. No terceiro nível enfoca-se a existência de estratégias institucionais para a manutenção dos padrões de qualidade através da instituição de tecnologias, atualização técnico- profissional dentre outros (ONA, 2004).

Lima e Erdmann (2006) afirmam que a instituição que atinge todos os princípios orientadores em seus diversos níveis obterá como certificado a condição de acreditada, quando contempla os padrões do nível 1, acreditada plena quando cumpre integralmente os dois primeiros níveis e acreditada com excelência quando a organização de saúde atinge a execução de todos os padrões estabelecidos nos três níveis.

Todo esse processo envolve além de indicadores norteadores da gestão da qualidade, o desempenho organizacional com enfoque na direção e controle das ações que visam estratégias gestoras de produtividade e finanças, envolvendo desde concepções éticas, até a segurança do paciente e a preocupação com a sua satisfação em relação a assistência recebida (SANTOS, 2002).

É necessário enfocar que com a implantação do processo de acreditação, muitos desafios surgirão, mas deve-se compreender que a partir do momento em que se busca os mais elevados padrões de qualidade, as vantagens que serão obtidas como resultado desta certificação validarão os esforços dispensados durante a sua implantação.

2.3 Erro no ambiente hospitalar x Cultura de Segurança

O cuidado em saúde tem sido caracterizado como resultante de um complexo sistema sócio técnico. E por conta disso vários autores vem tentando classificá-lo e teorizá-los para que se possa compreende-lo de maneira mais ampla (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

A International Classification for Patient Safety (ICPS) descreve o erro como sendo uma lacuna ou falha que ocorre na execução de um plano de ação previamente elaborado ou aplicação deste de maneira errada (BRASIL, 2013a).

O erro é inerente ao ser humano e jamais poderemos extingui-lo. Quando analisado no âmbito de cuidados a saúde este se torna cada vez mais preocupante. Uma vez que os erros ou eventos adversos podem desencadear desde danos reversíveis até ao óbito (NUNES et al., 2014).

O conceito de segurança do paciente definido pela OMS trata do dano ao mesmo, atualmente denominado evento adverso e definido pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 36, de 25 de julho de 2013, como comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico; e não tem correlação com a doença que determinou a internação (BRASIL, 2013c).

James Reason (2000), psicólogo que dedicou seus estudos a temática, após numerosas investigações dos acidentes da aviação e das instalações nucleares percebeu que, um único erro não é suficiente para causar um dano. Para que o erro seja grave, várias barreiras devem ser ultrapassadas. O autor faz então uma analogia com fatias de queijo suíço, onde seus furos correspondem às falhas no sistema e explica que para a ocorrência de um evento adverso ou

dano no paciente, é necessário o alinhamento de diversos buracos, por exemplo, falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido por parte dos profissionais, e comportamentos inseguros ou de risco por parte dos pacientes, entre outros, por onde os erros podem passar, sem encontrar barreiras.

O autor acima referido sugere que os buracos do queijo suíço acontecem por duas razões: as falhas ativas que geralmente são praticadas pelos profissionais durante o cuidado direto ao paciente; e as condições latentes que se referem a falhas de equipamentos, ausência de protocolos e rotinas e carga de trabalho excessiva.

A adoção de conceitos de segurança por parte da instituição hospitalar aumenta o valor, a satisfação e a preferência do paciente, o que leva a uma melhora na relação paciente/hospital. Assim a redução de erros ou condições inseguras e a eliminação das causas de insatisfação acabam por contribuir para uma visão de qualidade pelo paciente e também funcionários, sendo partes importantes da qualidade do serviço (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Mesmo que consciente do ato errôneo, muitas vezes, para o profissional, o ato de errar pode ser automático, pois aprendeu assim e não teve interesse ou muitas vezes tempo para aprender o correto. Também pode ser cômodo, pois o procedimento mal feito torna-se mais rápido.

Silenciar sobre um erro é um ato que precisa ser evitado, só que por ser mais fácil esquecer, negar ou fingir que não sabe ou não viu, omitir-se é mais fácil do que assumir o erro. A melhor maneira para melhorar a segurança e a qualidade das atividades relacionadas com o cuidar em saúde é reconhecer os erros e aprender com eles, olhando-os de frente, compreendendo-os e analisando-os atentamente de forma multidisciplinar, aproveitando-os para corrigir a prática (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

O relatório “Errar é humano...” destacou uma nova forma de interpretação para os eventos assistenciais que prejudicam os pacientes, destacando que a maioria das falhas e incidentes está relacionada com processos e sistemas falhos e não a ações específicas dos indivíduos (BRASIL, 2014).

Erros acontecem e uma cultura de segurança implica ter a prevenção de erros como prioridade para todos, gestores, lideranças, profissionais e pacientes. Documentar os erros, analisar suas causas sistêmicas, gerar medidas de discussão em equipe sobre o tema, identificar soluções e tecnologias capazes de mitigar sua recorrência de maneira constante e compartilhada com o paciente e família é o que promove a criação e sustentação de uma cultura de segurança (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Quando existe implementada dentro da instituição de saúde uma cultura de segurança, os trabalhadores passam a se sentirem responsáveis pelos seus erros e/ou atitudes. Esta conduta potencializa a compreensão de todo o processo que precipita o surgimento do erro, assegurando a neutralidade na condução da investigação dos EAs e estimulando uma liderança proativa (BRASIL 2014).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa do tipo Revisão Integrativa, baseada em pesquisas com temáticas similares àquelas propostas pelas pesquisadoras, a qual é descrita por Souza, Silva e Carvalho (2010) como uma metodologia que sintetiza conhecimentos já divulgados incorporando aplicabilidade à estes, sendo portanto um importante instrumento para a Prática Baseada em Evidências (PBE), esta por sua vez vem aprimorando e enriquecendo a ciência da enfermagem, auxiliando os profissionais nas tomadas de decisões clínicas.

Mendes, Silveira e Galvão (2008) acrescentam que a revisão integrativa tem o poder de construir conhecimento em enfermagem, disseminando um saber baseado em evidencias, de modo que enfermeiros possam realizar uma prática clínica com qualidade. É um método relevante para a enfermagem, pois permite a síntese de múltiplos estudos publicados, tornando-se viável sua literatura e enriquecimento de conhecimentos pré-existentes.

O desenvolvimento da revisão integrativa foi realizado em seis etapas: 1 – elaboração da pergunta norteadora; 2 – busca ou amostragem na literatura; 3 – categorização dos estudos; 4 – análise crítica dos estudos incluídos; 5 – discussão e interpretação dos resultados; 6 – síntese do conhecimento evidenciado.

3.2 Questão Norteadora

Para guiar o presente estudo formulou-se a seguinte questão norteadora: Quais as produções cientificas nacionais sobre Cultura de Segurança do Paciente e de que forma estas tem contribuído para a qualidade da assistência?

3.3 Busca ou Amostragem na Literatura

Para a concretização dos objetivos dessa pesquisa foi realizado um levantamento do material bibliográfico, nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2016, trabalhos publicados na língua portuguesa, entre os anos de 2011 a 2015 que possuíssem acesso livre ao texto completo, através da utilização dos seguintes termos indexados nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): enfermagem, segurança do paciente, cultura de segurança, sendo selecionados 16 artigos após análise dos critérios pré-estabelecidos pelas pesquisadoras.

A averiguação bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abarca as bases de dados cientificas como a Biblioteca Eletrônica Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Estas dispõem de artigos científicos, teses, monografias, trabalhos de congressos, livros, dentre outros.

Esses termos foram consultados em um primeiro momento de forma isolada, e depois em associação como descrito no quadro I, utilizou-se o operador booleano AND no processo de cruzamento dos descritores para triagem dos artigos.

QUADRO I: Distribuição das publicações encontradas nos bancos de dados selecionados de acordo com os descritores.

DeCS / Bases de Dados	Enfermagem	Cultura de Segurança	Segurança do Paciente	Enfermagem AND Cultura de Segurança AND Segurança do Paciente
SCIELO	14162	175	495	23
LILACS	29971	455	1471	44
BDENF	18849	32	290	14

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão:

Foram utilizados como critérios para a inclusão nesta pesquisa:

- Artigos cuja tipologia metodológica envolvesse fundamentos quantitativos e/ou qualitativos, experimentais, observacionais, de coorte e transversais, estudo de caso e documentais;
- Artigos publicados em língua portuguesa, que encontravam-se disponíveis nos bancos de dados em versão completa com livre acesso ao público;
- Artigos publicados, no período compreendido entre 2011 e 2015;
- Artigos relacionados aos descritores propostos.

Os critérios utilizados para a exclusão foram:

- Artigos cuja temática não se adequasse aos objetivos propostos.

3.5 Instrumentos e Procedimentos para Coleta dos Dados

Os dados foram coletados após inclusão de palavras-chave na barra de pesquisa da base de dados acima descrita, após isso procedeu-se a aplicação dos filtros que garantiram a coleta a partir dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, sendo selecionados 16 artigos. Para uma melhor avaliação destes foi realizada leitura prévia dos resumos para verificar a real adequação aos objetivos desta pesquisa.

Foi utilizado um roteiro estruturado (Apêndice A) com as seguintes variáveis: nome do (s) autor (es), título do artigo, periódico indexado, ano, objetivos, principais resultados e considerações.

Para uma melhor compreensão dos resultados, os artigos foram classificados sequencialmente de A-01 a A-16.

3.6 Análise dos Dados

Utilizou-se da técnica de descrição analítica. Após a seleção dos artigos científicos ocorreu a leitura criteriosa dos textos e análise dos resultados das pesquisas. Em seguida, os trabalhos foram analisados e reduzidos a fichas com conteúdo relevante para esta pesquisa.

Para melhor visualização dos resultados os artigos foram dispostos em um quadro contendo suas informações principais.

Durante todas as etapas analíticas foram confeccionados fichamentos para uma melhor organização e compreensão dos resultados, sendo estes categorizados baseando-se no método de revisão integrativa.

3.7 Considerações Éticas na Pesquisa

Em virtude da natureza científica da pesquisa, foram considerados os aspectos éticos presentes no capítulo III do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Sendo respeitado o princípio de autoria dos dados, através da utilização das normas de citações e referências elaboradas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Após a realização do estudo o seu resultado será publicado para o meio acadêmico e para a população a quem interessar objetivando o retorno social da pesquisa.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A fim de responder ao questionamento da presente revisão integrativa de literatura e seguindo os critérios de inclusão e exclusão, 16 artigos compuseram o escopo do estudo. Para uma melhor compreensão dos resultados encontrados, estes foram distribuídos em quadros, e figuras que serão expostas a seguir de forma detalhada.

No primeiro quadro têm-se uma explanação dos artigos encontrados para análise quanto, ao título do trabalho, nome do autor principal, qualis capes, periódico e ano de publicação.

QUADRO II - Caracterização dos artigos científicos elencados em relação ao título, autor principal, periódico e ano de publicação

Cód.	Título	Autor Principal	Qualis	Periódico	Ano de Public.
A-01	Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino	Eliana Cristina Peixoto Massoco	B2	Revista Mineira de Enfermagem	2015
A-02	Avaliação da cultura de segurança do paciente em Terapia intensiva neonatal	Andréia Tomazoni	A2	Texto &Contexto -Enfermagem	2015
A-03	Cirurgia segura em pediatria: aplicação na prática do Checklist Pediátrico para Cirurgia Segura	Maria Paula de Oliveira Pires	A1	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2015
A-04	O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva	Sabrina da Costa Machado	A1	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2015
A-05	Cultura de segurança do paciente em um hospital de Ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição	Edenise Maria Santos da Silva-Batalha	A2	Texto &Contexto -Enfermagem	2015
A-06	Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva	Thaiana Helena Roma Santiago	A2	Revista da Escola de Enfermagem – USP	2015
A-07	Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros	Lucilena Françolin	A2	Revista da Escola de Enfermagem – USP	2015
A-08	Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea	Vivian Costa Fermo	A2	Revista Brasileira de Enfermagem	2015
A-09	Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação	Jéssica David Dias	B2	Revista Mineira de Enfermagem	2014
A-10	Segurança do paciente: como	Flávia Danyelle	B2	Revista de	2014

	a enfermagem vem contribuindo para a questão?	Oliveira Nunes		Pesquisa Cuidado é Fundamental	
A-11	Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências	Roberta Meneses Oliveira	B1	Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem	2014
A-12	Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica	Andréia Tomazoni	A1	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2014
A-13	Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: Recomendações da enfermagem	Janeide Freitas de Mello	A2	Texto &Contexto -Enfermagem	2013
A-14	Segurança no preparo e na administração de medicamentos, à luz da pesquisa restaurativa em saúde	Fernanda Raphael Escobar Gimenes	B2	Revista Mineira de Enfermagem	2013
A-15	Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde	Fernanda Paese	A2	Texto &Contexto -Enfermagem	2013
A-16	Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem	Mayara Carvalho Godinho Rigobello	A2	Acta Paulista de Enfermagem	2012

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

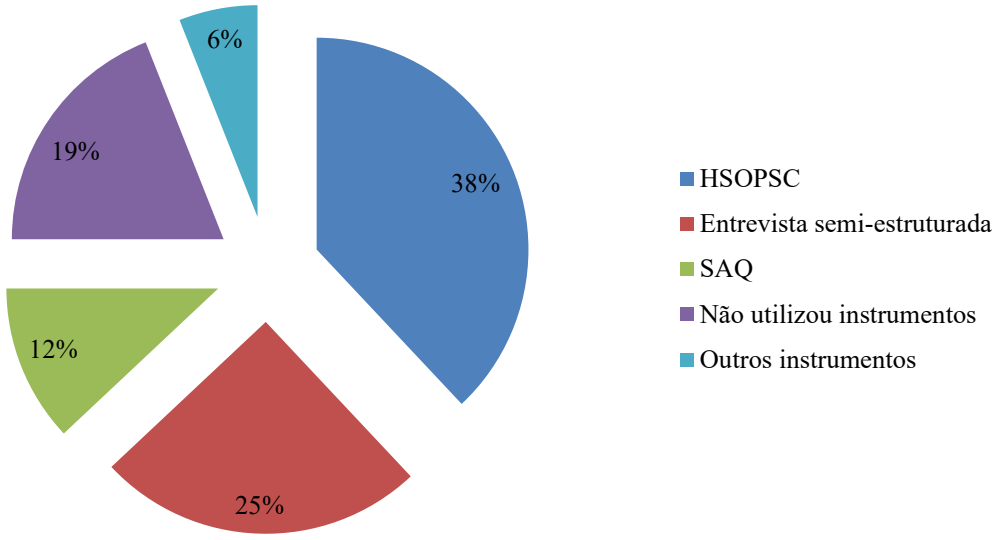
A partir da análise do Quadro II percebe-se uma elevada produção acerca da temática de segurança do paciente na área de enfermagem. Quanto o período de publicações pode-se constatar que no ano de 2011 não houve publicações que se enquadravam nos objetivos da pesquisa. O ano de 2015 obteve o maior percentual de publicações com 50%; o ano de 2014 teve 25%, 2013 com 18,75% e o ano de 2012 apenas 7,25%. Cabe destacar o aumento da produção científica sobre cultura de segurança do paciente a partir de 2013, ano da instituição do PNSP em nível nacional, além de outras iniciativas na mesma área, como a criação de diversas organizações preocupadas com a temática (BRASIL, 2014).

Ressalta-se que 75% dos artigos estão publicados em periódicos classificados como A1, A2 e B1, ou seja, com padrão internacional, o que expõe a importância do tema para a área. Constata-se que o número total de autores é de 77, sendo 3,89% do sexo masculino e 96,10% do sexo feminino. Ainda em relação à autoria, 8 artigos (38,09%) foram escritos por dois autores, 2 artigos (9,52%) apresentam três autores, 4 artigos (19,04%) possuem quatro autores, 3 artigos (14,28%) foram escritos por cinco autores, 4 artigos (19,04%) possuem seis autores.

Outra característica que pode ser destacada nesse quadro é que todos os periódicos selecionados eram da área de enfermagem, potencializando a relevância dessa profissão atualmente no desenvolvimento da cultura de segurança institucional.

Na Figura 1 os artigos da pesquisa foram distribuídos com relação ao tipo de instrumento utilizado na coleta de coleta dados.

Figura 1. Caracterização dos instrumentos de coleta de dados utilizados nas pesquisas para mensuração da cultura de segurança.



Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Pode-se constatar, observando a figura 1, que das 16 pesquisas realizadas, 6 (38%) utilizaram o instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), 4 (25%) entrevista semi-estruturada, 2 (12%) Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), 3 (19%) utilizaram outros tipos de instrumentos e 1 (6%) não utilizaram nenhum tipo de instrumento por se tratar de um estudo reflexivo.

O HSOPSC da AHRQ, abrange 12 dimensões ou fatores da cultura de segurança em escala de múltiplos itens, solicitando a opinião dos participantes, referente à valores, crenças e normas da organização, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão, possibilitando medir a percepção individual e por unidade/setor hospitalar dos funcionários que têm contato direto ou indireto com os pacientes, e que despendem a maior parte de suas horas de trabalho no hospital (SORRA et al., 2004 apud REIS, 2013).

Neste questionário é possível avaliar as expectativas bem como as ações voltadas a promoção da segurança, investigando a postura dos coordenadores e gestores em relação a escuta e valorização da equipe como um todo, a efetividade das estratégias tomadas para mitigação dos erros observados, se a comunicação dentro do serviço é efetiva, a priorização de uma cultura de não punitiva, frequência de notificação dos eventos ocorridos na instituição, existência de um ambiente e condições de trabalho adequados que favoreçam o trabalhador na execução da assistência do paciente que se encontra internado (REIS, 2013).

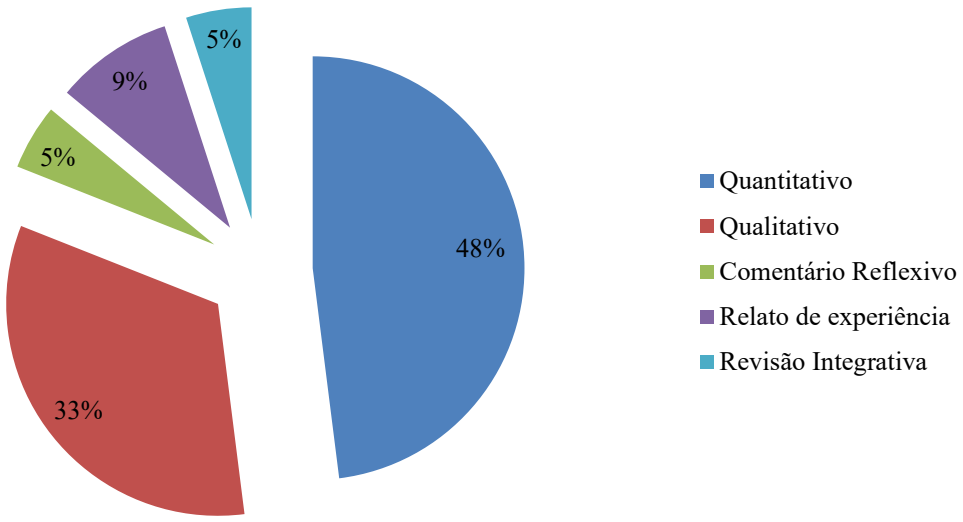
O SAQ, validado e adaptado culturalmente a realidade brasileira explicita as atitudes dos profissionais de saúde através de 6 dimensões: percepções de gestão, clima trabalho em equipe, reconhecimento de estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho, e condições de trabalho, possibilitando avaliar as atitudes do cuidador relevantes para a segurança do paciente (MARINHO, 2012).

Muitos autores também optaram pela entrevista semi-estruturada buscando através de perguntas relacionadas a temática investigar junto aos entrevistados a existência ou não da cultura de segurança em suas instituições. Segundo Triviños (1987) os questionamentos elencados durante este tipo de coleta busca essencialmente elencar novas hipóteses, descrevendo o fenômeno estudado de uma maneira mais ampla, com foco nos objetivos previamente elaborados.

O tipo de metodologia escolhida para desenvolvimento da pesquisa aponta para o seu grau de confiabilidade, principalmente quando se fala em PBE. Nesse tipo de estudo é priorizado a melhor evidência para nortear a assistência do paciente que se encontra sendo cuidado, baseada no grau de efetividade e eficiência das informações elencadas (DOMENICO; IDE, 2003).

Na próxima figura foram distribuídos os principais tipos de estudo encontrados nos artigos analisados.

Figura 2. Distribuição dos artigos quanto ao tipo de estudo.



Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Em relação aos aspectos metodológicos dos trabalhos constata-se que a maioria (48%) dos trabalhos são estudos descritivos, e/ou exploratórios, e/ou retrospectivos de abordagem quantitativa. Estudos descritivos qualitativos são (33%). Ainda, (9%) caracteriza-se como relato de experiência, (5%) revisão integrativa e (5%) comentário reflexivo.

Os resultados encontrados estão associados diretamente ao tipo de instrumento de coleta de dados elencado para a realização das pesquisas.

A pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los. Estudando o fenômeno a pesquisa deseja conhecer a sua natureza, sua composição, processos que o constituem ou nele realizem. Para alcançar resultados validos, a pesquisa necessita ser elaborada corretamente, submetendo-se a exigências do método (RUDIO, 2002).

No terceiro quadro estão expostos os objetivos descritos pelos autores em seus estudos. Esta informação é de suma importância ao se analisar trabalhos científicos tendo em vista que o objetivo expressa aquilo que o autor procura responder em seus trabalhos e é um dos requisitos para escolha da metodologia a ser utilizada.

QUADRO III - Caracterização dos artigos científicos elencados em relação aos objetivos.	
Cód.	**Objetivo do Estudo**
A-01	Conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem atuantes em um hospital de ensino acerca da dimensão abertura para as comunicações e respostas não punitivas aos erros e evidenciar a comunicação como fator relevante na cultura de segurança do paciente.
A-02	Analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva das equipes de enfermagem e médica de hospitais públicos de Florianópolis
A-03	Avaliar a aplicação na prática do Checklist Pediátrico para Cirurgia Segura no período pré-operatório e verificar a satisfação da família quanto ao uso do material
A-04	Identificar os erros no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva e analisá-los de acordo com a teoria do erro humano
A-05	Avaliar a percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente e identificar diferenças de percepção da cultura de segurança do paciente nas diferentes unidades do hospital.
A-06	Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre o clima e cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva (UTI) e a relação entre os instrumentos HSOPSC e o SAQ
A-07	Avaliar, sob a ótica dos enfermeiros, as ações de gerenciamento da segurança do paciente desenvolvidas em instituições hospitalares.
A-08	Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da área de saúde da unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas, hospital de referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, Brasil.
A-09	Verificar a compreensão dos enfermeiros de unidades básicas e hospitalares sobre dois aspectos do cuidado inter-relacionados: segurança do paciente e erros de medicação.
A-10	Caracterizar as produções científicas em periódicos de enfermagem sobre segurança do paciente e identificar as contribuições dessas produções para a mesma.
A-11	Identificar e analisar estratégias para promover a segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros assistenciais.
A-12	Verificar a avaliação da cultura de segurança do paciente, de acordo com o cargo e tempo de trabalho das equipes de enfermagem e médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal
A-13	Sistematizar as recomendações dos profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente em duas Unidades de Terapia Intensiva adulto
A-14	Obter a visão dos profissionais da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva (UTI), em relação ao ambiente assistencial no qual ocorrem os processos de preparo e de administração de medicamentos, segundo a abordagem da pesquisa restaurativa em saúde. Buscou-se também identificar os aspectos que a equipe de enfermagem entende como sendo fatores que contribuem para a segurança do paciente ou que, ao contrário, são vistos como barreiras para a administração segura de medicamentos.
A-15	Analisar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das

	equipes da Estratégia de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
A-16	Avaliar a percepção do clima de segurança dos profissionais de enfermagem atuantes nas clínicas médicas e cirúrgicas de um Hospital de Ensino.

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Quanto aos objetivos, destacados no Quadro III, observa-se nos artigos uma abordagem diversificada do tema enfatizado. A maioria dos estudos investigados se volta a observar a cultura de segurança no âmbito profissional analisando a percepção desses dentro de suas instituições, bem como a descrição das estratégias que as mesmas estão buscando sistematizar para uma efetiva implementação de um ambiente seguro, e o estabelecimento de uma comunicação efetiva que analise o processo que desencadeou o erro.

Percebe-se ainda a excelente participação da enfermagem nas produções científicas estudadas, destacando a notoriedade desse profissional na execução e gerenciamento da temática de segurança nas instituições avaliadas.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Busca da qualidade da assistência prestada

Todos os autores analisados destacam a cultura de segurança como passo importante para se atingir a qualidade da assistência prestada.

Percebe-se que a cada dia as instituições de saúde estão procurando melhorar as suas práticas visando a qualidade e principalmente a acreditação do serviço que presta, sendo isso o diferencial no cuidado ao paciente, alinhando as novas necessidades de desempenho as exigências impostas nesse novo contexto da saúde.

Não se pode separar segurança da qualidade da assistência. São elementos indissociáveis e proporcionalmente relacionados, pois quanto menor a quantidade de erros encontrados maior será considerado a qualidade dos cuidados (BRASIL, 2013a).

Os sistemas fracassam em todo o mundo e desde que a assistência seja prestada por seres humanos há a possibilidade de promoção de riscos e danos aos pacientes, embora o que seja de fato importante neste momento é que esta realidade não seja mais ignorada (SILVA, 2010).

Conhecer o potencial de risco presente nos processos assistenciais, assim como os possíveis impactos no cuidado ao paciente, é essencial para o fortalecimento de uma cultura de segurança institucional. A natureza humana é falível em sua essência e a aceitabilidade dessa condição ajuda a trazer amadurecimento aos gestores, líderes e profissionais de saúde.

Segundo Fonseca, Peterline e Costa (2014) identificar erros e as fragilidades dos processos do cuidar desenvolveria uma cultura mais proativa dentro da instituição. Não se pode mais retroceder e valorizar uma cultura punitiva, evidenciando um modelo de gestão, onde a causa da falha, é atribuída unicamente ao profissional, não se considerando o papel dos processos, sistemas ou estruturas de trabalho nesse contexto.

Avaliar é um processo que deve ser contínuo e individualizado e que requer de todos os colaboradores uma disposição em querer modificar conceitos que possam estar enraizados e que prejudicam negativamente a qualidade do cuidado realizado (BRASIL, 2006).

Contudo identificar as lacunas existentes na prestação dos serviços aos pacientes não é suficiente como afirmam Fadel e Regis Filho (2006). É preciso que se realize uma busca constante junto aqueles que utilizam esses serviços, averiguando e monitorando continuamente a qualidade do serviço prestado.

Pensado neste paradigma a avaliação da assistência prestada e a concretização de uma

cultura de segurança vem como um processo ímpar para garantir a população a equidade e integralidade da assistência, princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e que em muitos locais no país terminam sendo negligenciados, elevando as estatísticas de morbimortalidade nacionais.

Essa estratégia de avaliação de serviços desponta em nossa atualidade como norte para que as instituições de saúde identifiquem tanto as fragilidades como as suas potencialidades, visando corrigir as lacunas encontradas, buscando com isso uma práxis voltada para a qualidade e fortificação do sistema de saúde, mitigando dessa forma o erro dentro das instituições.

5.2 Dificuldades encontradas para a efetivação de um ambiente seguro

5.2.1 Insuficiência de recursos humanos

Uma barreira encontrada, durante este estudo, segundo os pesquisadores analisados, é a quantidade insuficiente de profissionais para uma demanda considerável de pacientes. Essa condição encontrada por Massoco e Melleiro (2015), Tomazoni et al. (2015) destacam a incapacidade de um atendimento qualificado e seguro quando existe uma escassez de funcionários.

Segundo Santiago e Turrini (2015) a qualidade da assistência prestada aos pacientes das unidades de saúde depende dentre outras coisas do dimensionamento adequado de recursos humanos.

Em decorrência da falta de uma política desses recursos, têm-se observado que os quantitativos atualmente existentes nas instituições não suprem as necessidades propostas e impostas para a atuação com qualidade, das atividades técnicas e administrativas.

Uma das dimensões avaliadas pelo SAQ analisa as condições de trabalho do profissional enfocando além da estrutura física, o quantitativo de pessoal que presta assistência dentro das unidades de internação (MARINHO, 2012).

Essa sobrecarga de trabalho e as longas jornadas laborais podem ter impacto direto não só na segurança do paciente, mas também na saúde do trabalhador, aumentando o risco de erros durante a aplicação da assistência e diminuindo a qualidade de vida do mesmo.

Novaretti et al. (2014) em seus estudos relacionam alguns eventos adversos a sobrecarga do trabalho da equipe de enfermagem como falhas no seguimento durante a

execução da prescrição, preparo e administração de medicamentos, erros na manipulação de sondas e cateteres e coleta e encaminhamentos de exames, entre outros.

Nunes et al. (2014) corroboram com os autores anteriormente citados e destaca o alto percentil de erros com medicamentos em profissionais que possuem mais de um vínculo empregatício e que possuem sobrecarga de trabalho, para que consigam uma melhor remuneração.

Oliveira et al. (2014) referem também em sua coleta que uma das principais causas associada ao surgimento de eventos adversos é a delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviço do profissional.

5.2.2 Falta de comunicação dentro da equipe

Massoco e Melleiro (2015), Santiago e Turrini (2015), Françolin et al. (2015) e Duarte et al. (2015) mencionaram a dificuldade de comunicação entre a equipe como barreira para sistematização de uma cultura de segurança.

Não se pode conceber que uma atividade que centre-se em prestar assistência e cuidado direto ao paciente não valorize a comunicação dentro da equipe. Quanto maior a especificidade do serviço em saúde maior será a necessidade de compartilhar informações.

Silva et al. (2007) acreditam que existe uma intrínseca relação entre a prestação de uma assistência de qualidade e um sistema de comunicação efetiva, ou seja, um modelo que permita a transmissão e recepção de informações de maneira concisa e clarificada.

A comunicação estratégica é hoje um dos maiores desafios nas organizações. Garantir que a mensagem correta chegue ao destinatário certo, sem ruídos, e ter certeza de que este mesmo receptor compreendeu o significado daquilo que se pretendia comunicar é uma tarefa complexa, que nem sempre encontra êxito nos ambientes de trabalho (COSTA; FERRAGINO, 2014).

Os erros devem ser estudados em todos os seus aspectos e dentro de uma abordagem não punitiva, desse modo é importante salientar a inserção de uma cultura organizacional que possibilite aos profissionais de enfermagem identificar e explicitar as falhas cometidas, permitindo a elaboração de estratégias de segurança a fim de prevenir os erros.

Não se pode conceber instituições que não busquem continuamente a mudança dessas concepções e que não se adequem a esse novo modelo de gestão. Por isso a busca desse padrão deve ser a motivação de toda instituição prestadora de serviços à saúde, reorientando e repensando estratégias de cuidado visando um padrão de excelência nessa assistência de

acordo com os princípios de qualidade estabelecidos pelas instituições referências nesta prática.

5.2.3 Insuficiência de capacitação da equipe

Mello e Barbosa (2013), Dias et al. (2014) e Duarte et al. (2015), relacionam ainda em suas pesquisas a relação da ocorrência de erros e a insuficiência de capacitação da equipe prestadora de cuidados.

A educação é um dos instrumentos mais eficazes para modificar e influenciar positivamente práxis comuns no meio nosocomial ou comunitário. Para isso o profissional de saúde, educador nato desde a academia deve assumir responsabilidades para obter resolutividade dos obstáculos encontrados durante o processo de cuidar (SMELTZER et al., 2012; PERRENOUD, 2009).

É necessário investir em programas de segurança e intrinsecamente dentro do processo de trabalho se fundamentar uma cultura de segurança dentro do ambiente assistencial.

É relevante também que possamos aprender com os nossos erros, para que através dessas experiências nos tornemos pessoas seguras e aptas a enfrentar os desafios que a vida nos impõe.

Cyrino e Toralles-Pereira (2004) afirmam que o processo de modificação da realidade dentro de qualquer instituição de saúde reflete inúmeros desafios que precisam ser compreendidos de maneira ampla e através de estratégias que valorizem a equidade, a eficiência e a qualidade da assistência será possível influenciar processos de trabalho visando a resolutividade dos problemas encontrados.

Quando buscamos viver a educação nessa perspectiva influenciaremos através das nossas atitudes aqueles que buscam em nós o conhecimento. E essa mudança de atitudes modificará a práxis desse indivíduo de tal maneira que será comum refletir e buscar novas formas de modificar a sua realidade.

É necessário reconhecer a relevância e o impacto dessa cultura no estabelecimento e concretização de qualquer programa de segurança (BRASIL, 2013a).

É necessário desenvolver processos e cuidados que eliminem ou reduzam ao mínimo o risco de danos ao paciente, construindo sistemas protetores estimulando a transdisciplinaridade e estimulando a comunicação efetiva.

6.CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesse estudo evidenciam a relevância de um processo avaliativo continuo para direcionar as ações implementadas às necessidades dos pacientes assistidos.

Cuidar de si e do outro exige a execução de métodos que priorizem profilaticamente técnicas laborais seguras, já que o paciente assistido está exposto diariamente a inúmeros riscos físicos, químicos e biológicos, dentre outros.

Sensibilizar é uma estratégia que precisa ser trabalhada diariamente em todos os momentos possíveis. O profissional precisará compreender que agir de forma padronizada e segura permitirá que a assistência seja além de qualificada, diferenciada que minimiza as ocorrências iatrogênicas permitindo um menor tempo de internação e por conseguinte uma recuperação rápida.

Precisamos perceber o problema e o quanto ele é real em nosso cotidiano. A partir da detecção desse problema devemos destacar as melhoras práticas relacionadas a minimização desses problemas encontrados.

É relevante compreender que os sistemas precisam ser modificados, para evitar falhas sejam elas latentes e/ou ativas. As falhas acontecem em diversos momentos do processo de assistência. Quando um dano acontece observa-se que existiu várias situações que predispuseram o erro.

Essa metodologia deve considerar a cultura de segurança como valor central da instituição, encorajando lideranças que relatem problemas, e proporcionando um ambiente com conhecimento em segurança em todos os níveis, focando em processos que facilitem a colaboração e integração da equipe.

É primordial envolver as lideranças, para que seja possível capacitar os diversos atores sociais modificando dessa forma a cultura da instituição.

Campanhas educativas são estratégias que poderia surtir efeitos positivos na efetivação dos protocolos que se pretendem aplicar. Acreditamos que essas campanhas além de informar tem um alto poder de sensibilizar universalmente toda a equipe, assim como a família e o paciente.

Agora é necessário investigar todo evento adverso surgido. É através desse processo que será possível identificar quais as situações que estariam contribuindo para o surgimento dos mesmos. Qualquer profissional da equipe tem que estar sensível ao registro da ocorrência.

A educação permanente assim como a auditoria de todo processo de trabalho são mecanismos relevantes no processo de intervenção. Não é impossível mudar processos o que basta mesmo na verdade é indivíduos que realmente queiram melhorar a sua assistência evitando os erros.

REFERÊNCIAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo**,** Brasília, v. 1, n. 1. p. 1-12, 2011. Disponível em:<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em: 19 fev. 2016.

_____. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil.** Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>. Acesso em: 10 fev. 2016.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A.. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.4, pp.929-939, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400014>. Acesso em: 08 abr. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.**Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada á Prática,** 1 ed. – 2013a. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, 1º abr. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>.Acesso em 24 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Agencia Nacional de Vigilância Sanitária,** Brasília, 25 de jul. 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 24 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Saberes e práticas da inclusão**: avaliação para identificação das necessidades educacionais especiais. 2 ed. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial, 2006.

CASSIANI, S.H.B.. Enfermagem e a Pesquisa sobre a Segurança do Pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. vii e viii, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/01.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

COSTA, D.A; FERRAGINO, F.. Comunicação Estruturada e Gestão da Informação. In: FONSECA, A.S.; PETERLINI, F.L.; COSTA, D.A.. **Segurança do paciente**. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2014.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L.. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20. n.3, pp.780-788, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2016

DIAS, J. D. et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem,** Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p.866-873, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140064>. Acesso em: 22 jan. 2016.

DOMENICO, E.B.L.; IDE, C.A.C.. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.11, n.1, pp.115-118, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1743/1788>. Acesso em: 08 abr. 2016.

DONADEBIAN, A.. **An introduction to quality assurance in healthcare**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DUARTE, S.C.M. et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p.1074-1081, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601074&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2016.

FADEL, M.A.V.. REGIS FILHO, G. I.. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde. In: XXVI ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26. 2006, Fortaleza. Anais. Fortaleza: ABEPRO, 2006. p.1-8.

FERMO, V.C. et al. Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 68, n. 6, p.1139-1146, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601139&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt >. Acesso em: 16 jan. 2016.

FIDELIS, R.A.. **Cultura de segurança: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência do adulto**. 2011.170 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011

FLIN R. et al. Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety Science*, 2000. In: REIS, C. T. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013

FONSECA, A.S.; PETERLINI, F.L.; COSTA, D.A. **Segurança do paciente**. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2014.

FRANÇOLIN, L. et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp,** São Paulo, v. 49, n. 2, p.0277-0283, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

GIMENES, F.R.E.; CASSIANI, S.H.B.. Segurança no preparo e na administração de medicamentos, à luz da pesquisa restaurativa em saúde. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem,** Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p.966-974, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130070>. Acesso em: 20 jan. 2016.

GUSMÃO FILHO, F.A.R.. **Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus – em três hospitais do município do Recife**. 2008. 181 f. Tese (Doutorado). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Recife: Fio Cruz, 2008.

HEALTH AND SAFETY COMISSION. Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993, p. 23.

JOINT COMISSION INTERNACIONAL. **Manual internacional de padrões de certificação hospitalar**. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2005.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M**..To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press, 1999.

LIMA, S.B.S.; ERDMANN, A.L.. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v.19. n.3. pp.271-278, 2006.

MARINHO, M.M.. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica**. 2012. 135 f. Dissertação (Mestrado). Mestrado em enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

MASSOCO, E.C.P.; MELLEIRO, M.M.. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem,** Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p.187-191, 2015. Disponível em:<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1014>. Acesso em: 10 fev. 2016.

MELLO, J.F.; BARBOSA, S.F.F.. Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: Recomendações da Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 22, n. 4, p.1124-1133, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Vol. 17, n. 4, pp.758-764, 2008.

NOGUEIRA, R.P.. Introdução às questões da qualidade na perspectiva dos serviços de saúde, 1994. In: GUSMÃO FILHO, F.A.R.. **Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus – em três hospitais do município do Recife.** 2008. 181 f. Tese (Doutorado). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Recife: Fio Cruz, 2008.

NOVARETTI, M.C.Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v.67. n.5. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500692>. Acesso em: abril, 2016.

NUNES, F. et al. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?. **Revista pesquisa: cuidado fundamental Online,** v. 6, n. 2, p.841-847, 1 abr. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n2p841>. Acesso em: 18 jan. 2016.

OLIVEIRA, R.M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.122-129, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122>. Acesso em: 22 jan. 2016.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Brasília: ONA, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Duran. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf>. Acesso em: 14 fev.2016.

PAESE, F. ; SASSO, G.T.M. Dal.. Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. **Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 22, n. 2, p.302-310, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=em>. Acesso em: 20 jan. 2016

PERRENOUD, P. **Competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PIRES, M.P.O.; PEDREIRA, M.L.G.; PETERLINI, M.A.S.. Cirurgia segura em pediatria: aplicação na prática do Checklist Pediátrico para Cirurgia Segura. **Revista Latino-americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p.1105-1112, dez. 2015.Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601105&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2016

PRO-ADESS. **Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011. Disponível:<http:/cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/debates_3.cfm?debate=106&txt=907> Acesso em janeiro de 2015.

RAMOS, C.C. et al. Desenvolvimento de metodologia para avaliar competências de servidores públicos federais. **Amazônia, Organizações e Sustentabilidade**. v.3, n.2. pp 25-45, jul-dez., 2012. Disponível em: http://www.unama.br/seer/index.php/aos/article/view/150/pdf. Acesso em abril de 2016.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p.768–770, 2000.
Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP. **Quem somos.** Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/quem-somos> Acesso em: 14 mai. 2015.

REIS, C.T.. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 203 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

REIS, C.T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M.. Adaptação transcultural da versão brasileira do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*: etapa inicial**. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.11, p 2199- 2210, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700018&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 fev. 2016.

RIGOBELLO, M.C.G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 25, n. 5, p.728-735, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2016.

RUDIO, F.V.. **Introdução ao projeto de pesquisa.** 30 ed. Rio de Janeiro, 2002.

SANTIAGO, T.H.R.; TURRINI, R.N.T.. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp,** São Paulo**,** v. 49, n. spe, p.123-130, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700123&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt>. Acesso em: 18 jan. 2016.

SANTOS, P.R.G.. Gestão estratégica pela qualidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **GESTHOS Gestão Hospitalar**: capacitação à distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde. Módulo IV: gestão para qualidade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, A.E.B.C.. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. 2010. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.12, n.3. Disponível em: http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11885. Acesso em abril de 2016.

SILVA, A.E.B.C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem.** v. 20, n. 3. 2007.

SILVA-BATALHA, E.M.S.; MELLEIRO, M.M.. Cultura de segurança do paciente em um hospital de Ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto - Enfermagem, Florianópolis,** v. 24, n. 2, p.432-441, jun. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200432&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 jan. 2016.

SMELTZER, S. et al. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SORRA, J.S.; NIEVA, V.F.. Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2004. In: REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 203 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA, M.T. SILVA, M.D.; CARVALHO, R.. Revisão Integrativa: O que é e como fazer?. **Eisten**, São Paulo, v. 8, n. 1. Jan/Mar 2010.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto - Enfermagem, Florianópolis**, v. 24, n. 1, p.161-169, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00161.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2016.

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p.755-763, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500755&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 jan. 2016.

TRIVIÑOS, A.N.S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro Estruturado de Coleta de Dados

ROTEIRO ESTRUTURADO DE COLETA DE DADOS	
Nome do (s) Autor (s):	
Código do Artigo:	
Periódico Indexado:	
Ano do Estudo:	
Objetivos do Estudo:	
Principais Resultados do Estudo:	
Principais Considerações:	