



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**GISLENE APARECIDA XAVIER DOS REIS**

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS**  
**GESTORES**

**MARINGÁ**  
**2016**

**GISLENE APARECIDA XAVIER DOS REIS**

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS  
GESTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Gestão do Cuidado em Saúde/Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda

**MARINGÁ  
2016**

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R375s	<p>Reis, Gislene Aparecida Xavier dos Segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros gestores / Gislene Aparecida Xavier dos Reis. - - Maringá, 2016. 103 f. : il., fig.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Laura Misue Matsuda. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.</p> <p>1. Enfermagem. 2. Gestão de qualidade. 3. Gestão de segurança. 4. Segurança do paciente. I. Matsuda, Laura Misue, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.</p> <p>CDD 22. ed. 610.73</p>
-------	---

GISLENE APARECIDA XAVIER DOS REIS

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS  
GESTORES**

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda (Orientadora)  
Universidade Estadual de Maringá – UEM

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carmen Silvia Gabriel  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP-USP

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Magda Lúcia Félix de Oliveira  
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Dedico este trabalho

Ao meu filho, **Miguel**, amor da minha vida, que nos momentos mais difíceis me encanta com seu sorriso, suas brincadeiras e sua alegria.

Ao meu esposo, **Adelino**, meu grande amor e amigo, que sempre esteve ao meu lado me apoiando e acreditando nos meus sonhos.

Ao meu pai, **Olicio**, e a minha mãe, **Maria Luiza**, que desde a infância me incentivaram a buscar conhecimento.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, primeiramente, pelo dom da vida, por me amparar nos momentos de desespero. A minha fé e confiança em Ti me faz crer que é possível realizar sonhos.

À minha orientadora Professora Doutora **Laura Misue Matsuda**, pela oportunidade de aprendizado, por meio do seu vasto conhecimento. Pela imensa contribuição nesse trabalho, e por ter me proporcionado “amadurecimento” científico.

Às Professoras Doutoradas **Carmen Silva Gabriel** e **Magda Lúcia Félix de Oliveira**, pelas contribuições desde o exame de qualificação.

Ao corpo **docente** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, pelo ensino de alta qualidade.

Aos membros do **Núcleo de Pesquisa, Prática e Ensino em Gestão em Saúde**, pelo carinho e companheirismo nas reuniões, e especialmente a **Ingrid** com quem compartilhei momentos de alegria e tristeza; ao doutorando **João Lucas**, pelo auxílio na coleta de dados e em outros momentos; a **Verusca, Maria Antonia, Liliana** e **Kelly** que me auxiliaram na construção de outros trabalhos, realizados durante o mestrado.

Aos **colaboradores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá.

Aos **participantes** deste estudo, pela oportunidade e por fazerem possível a realização deste trabalho.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**, pelo apoio financeiro, no primeiro ano.

À Professora Doutora **Maria do Carmo Lourenço Haddad**, da Universidade Estadual de Londrina, pelo incentivo e carinho, mesmo distante.

Aos **alunos** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, turma 2014, pela amizade e o companheirismo.

Aos **colaboradores** da Ala de Internação São Roque, do Hospital Santa Casa de Maringá, especialmente ao coordenador de enfermagem, **Marcelo**, por ter acreditado na minha competência profissional, e pela partilha de experiência; à enfermeira **Ludmila**, pelos momentos de reflexão quanto à prática profissional; às técnicas de enfermagem, **Rosário** e **Doranei**, pelos momentos de alegria, pelo amor e carinho.

Ao serviço de gerenciamento de risco, do Hospital Santa Casa, composto pela enfermeira **Ana Claudia**, assistente administrativo, **Lilian** e **Drª Elisabete Kobayashi**, pela oportunidade de fazer parte desse grupo.

Às minhas tias **Lúcia** e **Águida**; e aos tios **João** e **Elias**, pelo carinho e acolhimento em suas casas, durante a coleta de dados.

A **todos** que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

“E esta é a confiança que temos Nele, que, se pedirmos alguma coisa, segundo a sua vontade, Ele nos ouve. E, se sabemos que nos ouve em tudo o que pedimos, sabemos que alcançamos as petições que lhes fizemos”

(I João 5: 14, 15).



REIS, G. A. X. **Segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros gestores**. 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda. Maringá, 2016.

## RESUMO

Nas últimas décadas, temas que envolvem a gestão da qualidade e a segurança do paciente têm merecido destaque na área da saúde e se constituído em grande preocupação aos gestores, em virtude da alta incidência de danos evitáveis causados aos pacientes, decorrentes de falhas durante o processo assistencial. Considerando que os enfermeiros são importantes aliados para que o cuidado de qualidade seja alcançado, este estudo, que se pautou na questão *“Como os enfermeiros gestores percebem a implantação de estratégias de segurança do paciente na instituição que atuam?”* e; teve como objetivo apreender às percepções de enfermeiros gestores acerca da implantação das estratégias de segurança do paciente em instituições hospitalares. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, realizada com 72 enfermeiros gestores, atuantes em quatro hospitais universitários públicos do Estado do Paraná. Os dados foram coletados entre janeiro e março de 2015, por meio de entrevista semiestruturada, gravada e norteadora pela questão norteadora: *“Fale-me sobre as estratégias de segurança do paciente em processo de implantação/implantadas e também, sobre aquelas que estão sendo discutidas neste hospital”*. Após a transcrição do material, o mesmo foi submetido à análise de conteúdo, na modalidade temática, por meio da qual foram apreendidas as categorias: *“Compreendendo a trajetória de implantação das estratégias de segurança do paciente”*. Nesta, foi possível perceber o desenvolvimento de ações à implantação de ações seguras, mas que ainda há resistência dos profissionais em aprimorar a assistência ao paciente; *“Múltiplas fases de implantação das estratégias de segurança do paciente”*, em que se constatou que, apesar de a normativa brasileira declarar a necessidade de implantar medidas à segurança do paciente, em todos os serviços de saúde, três medidas se encontravam ainda na fase inicial de implantação das estratégias; *“Sentimentos ambíguos relacionados à implantação das estratégias de segurança do paciente”*, que correspondeu à satisfação dos enfermeiros gestores em propiciar melhoria na qualidade do cuidado, sentimentos de frustração pelo atraso no processo e, também, resistência dos trabalhadores em aderir às ações/processo de implantação das estratégias; *“Criação de um Núcleo de Segurança integrado à assessoria e gestão da qualidade”*, evidenciada como quesito de suma importância para a operacionalização das práticas seguras ao paciente; *“Desenvolvimento de estratégias de ensino e pesquisa”*, onde se observou a importância de constantes capacitações aos profissionais, e da parceria com as instituições de ensino; *“Ações organizacionais sistêmicas”*, pela necessidade de todos se envolverem com o processo de implantação das estratégias, principalmente a alta gestão. Concluiu-se que, na percepção dos enfermeiros gestores, a implantação das estratégias de segurança do paciente ainda se apresentava na etapa inicial e isso, associado à resistência de alguns profissionais, causavam sentimento de impotência e de frustração.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Gestão da qualidade. Gestão da segurança. Gestores de saúde. Segurança do paciente.

REIS, G. A. X. **Patient's safety from the point of view of managing nurses.** 2016. 103 f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda. Maringá, 2016.

### **ABSTRACT**

During the last decades, themes that involve patient's quality and safety management have been underscored in health, with great concern for managers. This is due to the high index of avoidable damage caused to patients through faults during the assistance process. Since nurses are important agents in quality care, current analysis is based on the following issue: "How do managing nurses perceive the establishment of security strategies of the patient in the institution in which they work?" The investigation aims at understanding the perceptions of managing nurses with regard to the establishment of patient's safety strategies in hospitals. A descriptive, exploratory and quality research was conducted with 72 managing nurses working in four government-run university hospitals in the state of Paraná, Brazil. Data were collected between January and March 2015 by a half-structured interview based on the issue: "Speak on the patient's safety strategies to be established or have been established, and also on those currently discussed in the hospital". After transcription, the material was analyzed by content analysis, theme mode, through which the following categories were selected: "Understanding the implantation trajectory of the patient's safety strategies". In this, one may perceive the development of activities for the establishment of safe actions even though resistance exists by professionals to improve the patient's safety; "Several phases in the establishment of the patient's safety strategies": it became clear that, in spite of the Brazilian norm on the need to establish safety measures for the patient in all health services, three measures were still at the initial phase; "Ambiguous feelings related to the establishment of patient's safety strategies"; in which this corresponds to the satisfaction of managing nurses in providing improvement in care quality, even though feelings of frustration exist due to delay in the process and to the resistance of professionals to deploy activities/process in the establishment of the strategies; "Establishment of a safety nucleus integrated to the quality management": this is evidenced as a highly important issue for the working of the patient's safety practices; "Development of teaching and research strategies"; the importance of constant capacitation of professionals is detected, as a joint venture with higher institutions; "Systemic organizational activities"; all should be involved in the process of strategy establishment, especially at the highest management level. Results show that, in the perception of managing nurses, the establishment of safety strategies for the patient It was presented in the initial stage and this, coupled with the resistance of some professionals, causing feeling of helplessness and frustration.

**Keywords:** Nursing. Quality Management. Health Manager. Safety Management. Patient's Safety.

REIS, G. A. X. **Seguridad del paciente en la perspectiva de enfermeros gestores.** 2016. 103 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda. Maringá, 2016.

## RESUMEN

En las últimas décadas, temas que involucran la gestión de la calidad y la seguridad del paciente han merecido destaque en el área de la salud y se ha constituido en gran preocupación a los gestores, en virtud de la alta incidencia de daños evitables causados a los pacientes, derivados de fallas durante el proceso asistencial. Considerando que los enfermeros son importantes aliados para que el cuidado de calidad sea alcanzado, este estudio, que se ha fundamentado en la cuestión “¿Cómo los enfermeros gestores perciben la implantación de las estrategias de seguridad del paciente en la institución que ustedes actúan?”, tuvo como objetivo aprender las percepciones de enfermeros gestores acerca de la implantación de las estrategias de seguridad del paciente en instituciones hospitalarias. Se trata de una investigación descriptivo-exploratoria, de abordaje cualitativo, realizada con 72 enfermeros gestores, actuantes en cuatro hospitales universitarios públicos del Estado de Paraná. Se colectaron los datos entre enero y marzo de 2015, por medio de entrevista semiestructurada, grabada y nortada por la cuestión guía: *“Hábleme sobre las estrategias de seguridad del paciente en proceso de implantación/implantadas y también, sobre aquellas que están siendo discutidas en este hospital”*. Tras la transcripción del material, éste fue sometido al análisis de contenido, en la modalidad temática, por medio del cual fueron aprendidas las categorías: *“Comprendiendo la trayectoria de implantación de las estrategias de seguridad del paciente”*, “En ésta, fue posible percibir el desarrollo de acciones a la implantaciones de acciones seguras, pero aunque hay resistencia de los profesionales en perfeccionar la asistencia al paciente; *“Múltiples fases de implantación de las estrategias de seguridad del paciente”*. En esta cuestión, se constató que a pesar de la normativa brasileña declarar la necesidad de implantar medidas a la seguridad del paciente, en todos los servicios de salud, tres medidas se encontraban aún en la fase inicial de implantación de las estrategias; *“Sentimientos ambiguos relacionados a la implantación de las estrategias de seguridad del paciente”*, que correspondió a la satisfacción de los enfermeros gestores en propiciar mejora en la calidad del cuidado, sentimientos de frustración por el retraso en el proceso y, también, resistencia de los trabajadores en adherir a las acciones/proceso de implantación de las estrategias: *“Creación de un núcleo de seguridad integrado a la asesoría y gestión de la calidad”*, evidenciada como cuestión de suma importancia para el funcionamiento de las prácticas seguras al paciente; *“Desarrollo de estrategias de enseñanza e investigación”*, en que se observó la importancia de constantes capacitaciones a los profesionales, y de la asociación con las instituciones de enseñanza; *“Acciones organizacionales sistémicas”*, por la necesidad de todos involucrarse con el proceso de implantación de las estrategias, principalmente la alta gestión. Se concluye que, en la percepción de los enfermeros gestores, la implantación de las estrategias de seguridad del paciente aún se presentaba en la etapa inicial y eso, asociado a la resistencia de algunos profesionales, causaban sentimiento de impotencia y de frustración.

**Palabras clave:** Enfermería. Gestión de la calidad. Gestión de la seguridad. Gestores de salud. Seguridad del paciente.

## LISTA DE FIGURA

Figura 1	Etapas para organização dos dados, de acordo com a técnica análise de conteúdo, modalidade temática, proposta por Bardin (2011) .....	35
----------	---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
COPEP	Comitê Permanente de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
EA	Eventos adversos
EUA	Estados Unidos da América
IOM	Instituto de Medicina
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
Rebraensp	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá

## SUMÁRIO

1	<b>APROXIMAÇÃO COM O TEMA</b> .....	14
2	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
3	<b>QUADRO TEÓRICO</b> .....	19
3.1	QUALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE E NA ENFERMAGEM .....	19
3.2	SEGURANÇA DO PACIENTE .....	21
3.3	ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS GESTORES .....	26
4	<b>JUSTIFICATIVAS PARA O ESTUDO</b> .....	29
5	<b>OBJETIVOS</b> .....	30
5.1	GERAL .....	30
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	30
6	<b>CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	31
7	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	36
7.1	MANUSCRITO 1 .....	37
7.2	MANUSCRITO 2 .....	59
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	77
9	<b>IMPLICAÇÕES À PRÁTICA, AO ENSINO E À PESQUISA EM ENFERMAGEM</b> .....	79
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	80
	<b>APÊNDICES</b> .....	89
	<b>ANEXOS</b> .....	97

## 1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

O meu primeiro contato com o tema Gestão da Qualidade, na área da saúde e da enfermagem ocorreu durante o curso de especialização em gerência de serviços de enfermagem, modalidade residência, no período de 2012 a 2014, na Universidade Estadual de Londrina (UEL), onde as discussões estavam sempre atreladas à segurança do paciente. A partir desses momentos de reflexões aliadas à minha prática profissional, observei que a prestação de cuidados pelos profissionais de saúde, nem sempre era segura.

Em minha experiência como enfermeira residente em hospitais de natureza privada, pública e filantrópica, pude observar que essas instituições apresentavam características que as diferenciavam quanto ao desenvolvimento de mecanismos e abordagens para a obtenção do cuidado seguro.

Em determinado hospital, as práticas de segurança do paciente estavam consolidadas, os gestores desenvolviam estratégias que não demandavam altas tecnologias ou outros recursos sofisticados, por conseguinte, era baixa a incidência de eventos adversos. Nessa instituição, os colaboradores relatavam que prestar assistência ao paciente livre de danos, em uma organização com cultura organizacional positiva, era algo natural e simples.

Em outro hospital, mesmo com a criação de comitês para discussão e implantação de estratégias de segurança ao paciente, a cultura organizacional limitava a execução de ações que fortalecessem práticas seguras. Nesse local, os profissionais não se sentiam motivados para participar da elaboração e implementação de protocolos de segurança porque o processo de trabalho não

era favorável, em função da sobrecarga de atividades, do dimensionamento de pessoal inadequado, da falta de estrutura, dentre outros aspectos, considerados indispensáveis ao atendimento de qualidade.

Por fim, havia aquele hospital onde não eram realizadas discussões e, muito menos, propostas acerca do estabelecimento de medidas seguras. Esse fato fez com que eu questionasse à equipe de enfermagem acerca da percepção, a respeito da temática e, me surpreendi com a carência de conhecimento/informação dos trabalhadores sobre a existência de normas e protocolos voltados à assistência segura.

Em virtude das reflexões e das experiências durante a residência, bem como da divulgação de protocolos e de normas estabelecidas (e exigidas) pelo Ministério da Saúde, desde 2013, preocupava-me o grau de resistência ou desconhecimento dos profissionais quanto à realização das práticas voltadas à segurança do paciente. Tal inquietação se exacerbou quando refleti que ao invés de a assistência à saúde proporcionar benefícios ao paciente, poderia ocasionar danos irreparáveis por falhas no processo de atendimento.

Ao atuar como enfermeira em uma unidade de internação, de uma instituição filantrópica, acreditada pela Organização Nacional de Acreditação, vivenciei e compreendi melhor as dificuldades que os enfermeiros gestores apresentam ao implantar estratégias seguras. Assim, constatei que, infelizmente, para se alcançar uma cultura favorável à condução de estratégias seguras, aspecto primordial, quando se pensa em grandes mudanças, fazem-se necessários “passos de formiga”, independente da natureza da instituição.

Também observei que apesar das estratégias de segurança do paciente ser de responsabilidade de todos os profissionais da instituição, cabe ao



enfermeiro enquanto líder e formador de opinião, direcionar o cuidado pautado em práticas seguras e na qualidade da assistência.

O atendimento seguro à saúde deveria ser inerente à prática assistencial, pois, em 1863, Florence Nightingale proferiu que “Pode parecer um princípio estranho anunciar como requisito básico, em um hospital, que não se deve causar dano ao doente”. Contudo, e por diversos motivos, percebo que a cultura organizacional não é favorável à sensibilização da equipe multiprofissional à adoção de estratégias de segurança, que beneficiariam aos pacientes, aos profissionais e à própria instituição.

Diante do grau de envolvimento das organizações hospitalares a respeito das práticas de segurança do paciente e das dificuldades que os gestores enfrentam para implantá-las, o tema qualidade e segurança do paciente despertou meu interesse em compreender, aprofundar e aprimorar os conhecimentos acerca dessa temática, o que me estimulou a cursar o Mestrado, a linha de pesquisa: Gestão em Saúde e em Enfermagem, na qual o tema segurança do paciente se insere.

## 2 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, temas que envolvem gestão da qualidade e segurança do paciente têm merecido destaque na área da saúde em virtude da alta incidência de danos evitáveis causados aos pacientes, decorrentes de falhas durante o processo assistencial.

Ao procurar o serviço de saúde, o cliente/paciente/usuário deseja ser atendido por profissionais habilitados à prestação de assistência qualificada e segura, voltada essencialmente para a prevenção de incidentes. Estes, quase sempre advindos de erros evitáveis e recorrentes em instituições de saúde (CORBELLINI et al., 2011).

Apesar de os danos ao paciente serem passíveis de prevenção, os gestores tem dificuldade em minimizá-los. De acordo com Silva (2010), os maiores desafios se encontram no fato de os dirigentes reconhecerem que a causa dos erros, durante a assistência, é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer falhas quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados. Ademais, a ocorrência do erro também pode estar relacionada à cultura e à crença dos próprios profissionais de saúde em acreditar que não devem falhar e isso acarreta na dificuldade de encarar o erro de forma construtiva (COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010).

Para vencer os desafios de construir ambientes seguros, as instituições de saúde podem contar com a equipe de enfermagem, pois segundo Aiken et al. (2012) as organizações de saúde que possuem profissionais de enfermagem

qualificados e comprometidos, apresentam maiores índices de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados.

Considerando que a assistência insegura pode causar prejuízos aos pacientes e ao sistema de saúde, associado ao fato de que os enfermeiros são importantes aliados para o alcance do cuidado de qualidade, o presente estudo se pautou na questão: “Como os enfermeiros gestores percebem a implantação das estratégias de segurança do paciente na instituição que atuam?”

### 3 QUADRO TEÓRICO

#### 3.1 QUALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE E NA ENFERMAGEM

A preocupação com a qualidade na área da saúde não é recente. Florence Nightingale, durante a guerra da Criméia, em 1854, implantou rígidos padrões sanitários e cuidados de enfermagem ao perceber que morriam mais soldados por complicações patológicas evitáveis, adquiridas no hospital, do que em campos de batalha (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2010).

Após Florence ter iniciado ações para a melhoria da assistência à saúde aos soldados, em 1913, o cirurgião americano, Ernest A. Codman publicou trabalhos relacionados à sistematização da qualidade da assistência médica, o que culminou, em 1917, no Programa de Padronização Hospitalar, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, cujo objetivo era avaliar a conformidade dos procedimentos cirúrgicos (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

Na segunda metade do século XX, Avedis Donabedian passou a abordar a qualidade do cuidado na saúde, mais especificamente, no campo da avaliação. O referido autor, fundamentado na teoria dos sistemas, afirmou que a avaliação da qualidade se embasava na tríade: **Estrutura**, que envolve os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros; **Processo**, que consiste nas relações/procedimentos estabelecidos entre os profissionais e usuários e; **Resultado**, que corresponde ao produto final da assistência prestada ao paciente (DONABEDIAN, 1980).

No que tange ao termo 'qualidade em saúde', por ser um conceito multifatorial, dinâmico e subjetivo, ainda não existe uma definição universal, apesar das diversas tentativas. Todavia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a qualidade da assistência à saúde como um conjunto de elementos que incluem a competência profissional, a eficiência na utilização de recursos, o mínimo de riscos, o alto grau de satisfação do paciente e o efeito favorável na saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981).

Para o Ministério da Saúde (MS) do Brasil (2006), o conceito 'qualidade em saúde' se refere à adequação das instituições para o atendimento de padrões previamente estabelecidos, por meio de normas e protocolos, que organizam suas ações e práticas, visando o atendimento de excelência. Já a classificação internacional para a segurança do paciente complementa as definições da OMS e do MS, ao referir que qualidade é a probabilidade de os serviços de saúde aumentar os resultados favoráveis ao paciente, pautados no conhecimento profissional atual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

De acordo, com o relatório *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, publicado em 2001, nos Estados Unidos da América (EUA), pelo Instituto de Medicina (IOM), a qualidade do cuidado é composta por seis dimensões: segurança, efetividade, atenção centrada no paciente, eficiência, equidade e otimização. Nessa abordagem, **segurança** consiste na prestação da assistência sem danos ao paciente; **efetividade** se refere à prestação do cuidado fundamentado em evidências científicas; **atenção centrada no paciente** corresponde ao respeito às necessidades do paciente; **eficiência** se relaciona ao cuidado sem desperdício no uso de materiais e equipamentos; **equidade** trata do atendimento ao paciente sem diferenciá-lo quanto às suas características

peçoais e; por último, **otimização** a qual compreende o emprego da relação custo-benefício na assistência à saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Considera-se que, para obter qualidade em saúde, é basilar que haja o envolvimento de toda a instituição, principalmente dos profissionais que integram a equipe de enfermagem, por atuarem diretamente no cuidado, por período maior de tempo junto à clientela. Essa afirmação é apoiada por D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006) as quais referem ser a equipe de enfermagem a responsável por uma grande parcela do sucesso ou da qualidade da atenção em saúde.

Destaca-se que o enfermeiro é responsável por coordenar, planejar e gerenciar a assistência ao paciente (BRASIL, 1986). Desse modo, o cuidado despendido deve ser regido por comprometimento, eficácia e eficiência, tendo como principal meta a qualidade (BARBOSA; MELO, 2008; YURI; TRONCHIN, 2010). Destarte, para atuar com qualidade é primordial que sejam estabelecidas estratégias que visem à prevenção de incidentes ao paciente (LIMA; MELLEIRO, 2013). Em consonância com essa afirmativa, Gabriel et al. (2010), ao realizar uma investigação em uma universidade pública do interior do Estado de São Paulo, constataram que para obter cuidados qualificados faz-se necessário preservar a segurança do paciente.

### 3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

De acordo com a OMS, a segurança do paciente caracteriza-se pela redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário,

decorrente da prestação do cuidado em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A necessidade de ofertar cuidados seguros ao paciente é, historicamente, evidenciada desde a época de Hipócrates, em que propôs “antes de tudo, não causar dano”. Contudo, as primeiras contribuições para a assistência segura foram datadas a partir de 1847, quando o médico húngaro, Ignaz Phillip Semmelweis, reduziu a mortalidade de puérperas ao estabelecer a obrigatoriedade da lavagem das mãos antes do ato cirúrgico. Posteriormente, a descoberta da importância da anti-sepsia das mãos, em 1863, a enfermeira britânica Florence Nightingale, proferiu que “pode parecer um princípio estranho anunciar como requisito básico, em um hospital, que não se deve causar dano ao paciente”, reiterando, até então mesmo sem fundamentação científica, a importância da adoção de práticas seguras (PETERLINI; SAES, 2014).

Dada a importância histórica de se reconhecer o desenvolvimento de uma assistência segura, aliada à alta incidência de erros ocorridos durante o cuidado ao paciente, tornou-se necessário re-significar a prática assistencial, com intuito de direcioná-la à prevenção de danos ao paciente (OLIVEIRA; PAULA, 2013). Neste contexto, no final da década de 1990, o IOM publicou o relatório intitulado “*To err is human: building a safer health system*”, que ratifica toda essa problemática e revela que no período de um ano morreram entre 44 mil e 98 mil pacientes nos EUA, por erros ocorridos durante a assistência médico-hospitalar (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

O relatório supracitado foi um marco para o movimento da segurança do paciente porque, com base nessa publicação, evidenciou-se alta ocorrência de

falhas decorrentes do processo assistencial, cujo fato culminou na 55ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2002, quando a OMS recomendou a todos os países que desenvolvam estratégias para promover o cuidado de forma segura e efetiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; SILVA, 2012).

Após dois anos da recomendação supramencionada, a OMS, com intuito de coordenar, difundir e acelerar a melhoria da assistência à saúde, por todo o mundo iniciou um grande projeto denominado “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, para que os países membros desenvolvessem políticas públicas e práticas voltadas ao cuidado seguro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a). Embora os movimentos em prol da segurança do paciente, sugeridos pela OMS, estabeleçam algumas diretrizes para garantir assistência segura, um relatório publicado no ano de 2013, realizado por um grupo de profissionais renomados no quesito qualidade de serviços de saúde, apontou que, de modo geral, o cuidado à saúde ainda se apresenta frágil, podendo resultar em falhas no atendimento (MENDES JUNIOR et al., 2013).

Conforme a classificação internacional para segurança do paciente, as falhas decorrentes da assistência podem ser classificadas como erro ou incidente e definidos como evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente. Se detectados antes de atingirem o paciente, são denominados *near miss*; quando atingem o paciente, mas não causam danos, são considerados incidentes sem dano e; quando resulta em dano ao paciente, são nominados de eventos adversos (EA) ou incidentes com dano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Corroborando com a premissa de que a assistência à saúde pode acarretar danos ao paciente, um estudo realizado com aproximadamente 7 mil prontuários



de cinco hospitais de diferentes regiões da Itália, identificou que a ocorrência de EA foi de 5,2% e que destes, mais da metade era passível de prevenção (TARTAGLIA et al., 2012). Outra pesquisa, desenvolvida em oito países africanos, revisou 15.548 prontuários e observou que 8,2% dos pacientes apresentaram pelo menos um EA. Desta porcentagem, 83% eram evitáveis e aproximadamente 30% tinham associação com a morte dos pacientes (WILSON et al., 2012).

Em âmbito nacional, as pesquisas também apontam os riscos da assistência insegura, pois em um estudo, realizado no Estado do Rio de Janeiro, analisou 27.350 prontuários e foi constatado que 3,5% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentaram EA; que 68% dos eventos foram considerados evitáveis e; cerca de um em cinco pacientes sofreu danos incapacitantes ou permanentes, ou foi a óbito (MOURA; MENDES, 2012). Outra investigação, realizada com 1.103 internações em hospitais do Rio de Janeiro, identificou que 24,6% dos pacientes apresentaram infecções relacionadas aos cuidados, 18,4% desenvolveram úlcera por pressão e; 4,6% apresentaram danos decorrentes da administração de medicamentos (MENDES et al., 2013).

Ante a magnitude da ocorrência de EA, organizações de saúde brasileiras se sensibilizaram e iniciaram ações em prol da segurança do paciente. Nesse contexto, o Conselho Regional de Enfermagem (Coren) de São Paulo lançou uma cartilha intitulada *Dez Passos para a Segurança do Paciente*, com o objetivo de promover uma campanha pela segurança do paciente e identificar falhas no processo assistencial (SÃO PAULO, 2010). Posteriormente às ações do referido Conselho, em 2013, o MS instituiu o Programa Nacional de Segurança do

Paciente (PNSP) que priorizou as estratégias relacionadas às infecções associadas à assistência à saúde; procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas; prevenção de úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2013a).

Em consonância com o MS, em 2013, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp) publicou o manual denominado: *Estratégias para a Segurança do Paciente: Manual para Profissionais da Saúde*, onde constam 12 ações para prevenir danos e promover o cuidado seguro, com o intuito de disseminar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, escolas, universidades, dentre outras instituições (Rebraensp, 2013).

Observa-se que as organizações e os sistemas relacionados à saúde preocupam-se com o desenvolvimento de cuidados seguros (QUEZ; MONTORO; GONZALES, 2010) uma vez que as falhas assistenciais podem ocasionar prejuízos irreparáveis, muitas vezes, passíveis de prevenção.

Com base no exposto, reitera-se a necessidade de se investigar sobre o tema segurança do paciente e assim subsidiar ações voltadas ao cuidado seguro. Nessa perspectiva, é importante obter informações, em especial de gestores que conduzem e/ou vivenciam o processo de implantação de estratégias voltadas à segurança do paciente, como é o caso do presente estudo.

### 3.3 ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS GESTORES

Atualmente, há diversos movimentos e programas que incentivam o desenvolvimento de cuidados seguros nas organizações hospitalares, mas a adesão a tais práticas é um grande desafio para os gestores e para os serviços de saúde (SANTANA et al., 2014). Em estudo realizado em uma unidade de internação pediátrica, os autores concluíram que os profissionais de saúde não utilizavam estratégias padronizadas de identificação do paciente (SOUZA et al., 2014). De acordo com Duarte et al. (2015), essa dificuldade ocorre porque há carência de conhecimento dos profissionais a respeito da importância da adoção de estratégias que identifiquem o paciente e também de processos institucionais voltados à identificação correta do mesmo.

Outro desafio para os gestores é a implantação da estratégia de comunicação efetiva, pois os prestadores de cuidados de saúde a consideram como algo complexo, por dificuldades no relacionamento entre liderados e líderes para discutir e/ou propor ações de melhoria entre diferentes categorias profissionais, dentre outras situações relacionadas à comunicação ineficaz que colaboram para a prestação de cuidados inseguros (BROCA; FERREIRA, 2012; JOHNSON; KIMSEY, 2012; MAXFIELD et al., 2013).

Em relação à estratégia cirurgia segura, a OMS, com intuito de minimizar a ocorrência de EA, decorrentes de processos cirúrgicos, desenvolveu a lista de verificação de cirurgia segura (*checklist*), a qual é composta de três fases: antes

da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala cirúrgica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b).

Apesar de a literatura (HAYNES et al., 2009; PANCIERI et al., 2013; GUZZO; GUIMARÃES; MAGALHÃES, 2014) apontar que a aplicação do referido *checklist* proporciona maior segurança ao paciente cirúrgico, os gestores referem dificuldades para implementá-lo, devido a comunicação ineficaz entre a equipe multiprofissional, a sobrecarga de trabalho (BOHOMOL; TARTALI, 2013), o pouco envolvimento do corpo clínico (MOTTA FILHO et al., 2013) e a carência de conhecimento dos profissionais, a respeito da importância da adesão às práticas seguras (FOURCADE et al., 2012).

Frente ao exposto, Quez, Montoro e González (2010) sugerem aos gestores que almejam garantir atendimento seguro por meio da sistematização de estratégias para a segurança do paciente, o desenvolvimento da cultura de segurança na instituição e a capacitação dos profissionais quanto à importância da adoção de práticas voltadas à segurança. Nesse aspecto, Ijkema et al. (2014) sugerem que há necessidade de os gestores promoverem a cultura da liderança proativa, a comunicação efetiva entre os profissionais e o paciente e; a ênfase na capacitação e no aprendizado a partir dos erros. Além dessas medidas, Guzzo, Guimarães e Magalhães (2014) propõem o monitoramento contínuo das estratégias de segurança implantadas.

Sabe-se que as falhas assistenciais podem ocorrer em todas as fases do processo de cuidado (LIMA; MELLEIRO, 2013). Diante disso, faz-se necessário que os gestores reconheçam que a causa dos erros é multifatorial e que alguns de seus fatores desencadeantes podem ter relação com a falta de aperfeiçoamento técnico dos profissionais, a desmotivação profissional, a falha na

aplicação da assistência sistematizada de enfermagem e a sobrecarga de trabalho (BECCARIA et al., 2009).

No contexto referido, destaca-se a ação do enfermeiro gestor, o qual é considerado peça fundamental na incorporação da assistência qualificada, por meio da implantação de práticas seguras nos serviços de saúde (VARGAS; LUZ, 2010; TOFFOLETTO; RUIZ, 2013). Nessa ótica, é importante que o enfermeiro gestor conheça a realidade institucional, onde está inserido, para que, a partir disso, empregue estratégias de melhorias voltadas à segurança do paciente e com isso, de toda a equipe de saúde.

#### 4 JUSTIFICATIVAS PARA O ESTUDO

Considerando a importância da segurança do paciente para a promoção da qualidade do cuidado, este estudo se pauta nas seguintes justificativas:

- às percepções de enfermeiros gestores, sobre as estratégias de segurança do paciente, podem contribuir para a implantação e/ou melhoramento de práticas seguras;
- o desenvolvimento de pesquisas em enfermagem, relacionadas à percepção de enfermeiros gestores a respeito da segurança do paciente contribui para o aumento do aporte de conhecimento acerca da temática;
- às informações referentes à implantação das estratégias de segurança do paciente podem contribuir para que outras instituições, que almejam obter assistência segura, atuem de maneira mais assertiva;
- O Ministério da Saúde, em 2013, incentiva por meio da portaria nº 529, o desenvolvimento de pesquisas acerca da temática segurança do paciente.

## 5 OBJETIVOS

### 5.1 GERAL

Apreender as percepções de enfermeiros gestores acerca da implantação das estratégias de segurança do paciente em instituições hospitalares.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relatar, na percepção de enfermeiros gestores, o processo de implantação das estratégias de segurança do paciente em hospitais.
- Relatar na perspectiva de enfermeiros gestores, sugestões à implantação de estratégias de segurança do paciente em hospitais.

## 6 CAMINHO METODOLÓGICO

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em quatro hospitais universitários públicos, situados no Estado do Paraná, no período de janeiro a março de 2015.

A pesquisa descritiva possibilita descrever as características de determinada população ou fenômeno, investigar opiniões, atitudes, crenças e, também, descobrir a existência de associações entre as variáveis estudadas (GIL, 2012). Em complementaridade, a pesquisa exploratória possibilita ao pesquisador formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser investigadas futuramente (GIL, 2012). Quanto à abordagem qualitativa, esta contempla aspectos da realidade que não podem ser mensurados, pois busca o “universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças e dos valores” expressos nas relações, processos e fenômenos (MINAYO et al., 2012, p. 21-22).

O cenário deste estudo foi composto por quatro organizações hospitalares, que neste estudo foram denominadas de Hospital I, Hospital II, Hospital III e Hospital IV.

A saber, o **Hospital I** está localizado na região Leste do Estado, é de nível federal, possui 406 leitos e atende aproximadamente 30 mil pacientes por mês. A equipe de enfermagem é composta por 268 enfermeiros e 861 profissionais de nível médio, entre auxiliares e técnicos de enfermagem (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2015).

O **Hospital II**, situado na região Norte do Estado, é de nível estadual, possui 313 leitos, é referência para pacientes de 250 cidades paranaenses e mais



de 100 municípios do Estado de São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia. Nessa instituição, o quadro da enfermagem é composto por 116 enfermeiros e 588 auxiliares e técnicos de enfermagem (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2015).

O **Hospital III** situa-se na região Noroeste do Estado, é de nível estadual, possui 123 leitos, atende cidades da região e parte do Mato Grosso do Sul. Nesse hospital, a equipe de enfermagem é formada por 291 profissionais. Destes, 89 são enfermeiros e 202 são auxiliares/ técnicos de enfermagem (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, 2015).

Por fim, o **Hospital IV**, localizado na região Oeste do Estado, é também de nível estadual, possui 195 leitos e é referência para pacientes das regiões Oeste e Sudoeste do Paraná, Sul do Mato Grosso do Sul, além de parte do Paraguai e da Argentina. Neste hospital, o quadro de enfermagem é composto por 89 enfermeiros e 386 auxiliares e técnicos de enfermagem (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, 2015).

Quanto à coleta de dados, primeiramente foi realizado contato prévio com os responsáveis legais das quatro organizações hospitalares mencionadas, por meio de contato telefônico e/ou correio eletrônico, para informá-los sobre o objetivo do estudo e solicitar a autorização para a realização da pesquisa (APÊNDICE A).

Após o aceite formal das quatro instituições, o projeto maior, o qual este estudo faz parte, e que tem o título “Gestão em Saúde/Enfermagem: Qualidade e Segurança do Paciente em Hospitais Universitários”, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Copep), da Universidade

Estadual de Maringá (UEM), e recebido aceite favorável, sob n.º866.802 e C.A.A.E. n.º 32206414.6.1001.0104.

Em seguida, foi realizado contato (telefônico e/ou por correio eletrônico) com o setor de recursos humanos de cada hospital, para solicitar o Organograma do Serviço de Enfermagem, junto com o nome, o cargo, a data de admissão na instituição, o contato telefônico e/ou endereço eletrônico dos enfermeiros (APÊNDICE B). A partir do organograma, foram selecionados todos os enfermeiros que executavam atividades indiretas ao paciente durante todo o período de trabalho, aqui denominados de enfermeiros gestores; que atuavam há mais de um ano na instituição; e que ocupavam o cargo atual há pelos menos seis meses. Foram excluídos os indivíduos que se negaram a participar da pesquisa ou que estavam em serviço, mas que por algum motivo não puderam participar do estudo.

Posteriormente à seleção dos enfermeiros gestores, foi realizado contato telefônico, e/ou contato por correio eletrônico, e/ou contato pessoal com os mesmos para que a pesquisadora fornecesse informações referentes ao objetivo do estudo, técnica de coleta de dados e implicações éticas (APÊNDICE C). Mediante o aceite informal, a entrevista foi agendada de acordo com a disponibilidade de cada participante.

Cumpramos ressaltar que para informar e convidar os participantes quanto à realização do estudo, foram estabelecidas as seguintes estratégias: três tentativas de contatos telefônicos em horários e em dias alternados. Caso a pesquisadora não obtivesse resposta, eram encaminhados três e-mails, com intervalo de sete dias. Mediante o não recebimento de resposta, o contato pessoal no ambiente de trabalho, foi à última alternativa viabilizada.

Na fase de coleta de dados, os participantes foram novamente informados sobre o objetivo do estudo e, em caso de dúvidas, estas foram esclarecidas. Após, foi solicitado a cada um(a) a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Destas, uma foi entregue ao participante e a outra ficou de posse da pesquisadora (APÊNDICE D).

Antecedendo à entrevista, a pesquisadora forneceu o formulário (APÊNDICE E) para obtenção dos dados sociodemográficos e laborais do participante (composto por 14 questões objetivas). Após o preenchimento pelo participante, iniciou-se a entrevista, em local reservado, sem tempo determinado para o término, guiado pela seguinte questão norteadora: *“Fale-me sobre as estratégias de segurança do paciente em processo de implantação/implantadas e também, sobre aquelas que estão sendo discutidas neste hospital”*.

Caso necessário, na sequência, foram utilizadas as seguintes questões de amparo; *“Fale-me do processo de implantação das estratégias de segurança do paciente deste hospital, vivenciado pelo senhor/senhora/você”*; *“O que o (senhor/senhora/você) sugere às instituições/Serviços que almejam implantar as estratégias de segurança do paciente?”*.

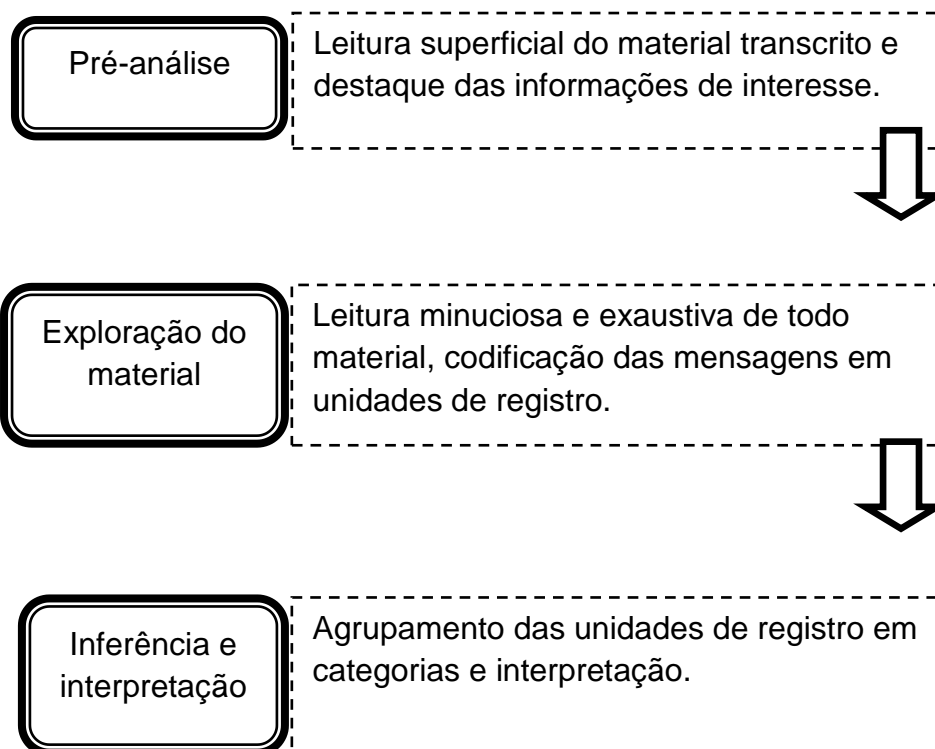
Ressalta-se que para auxiliar a pesquisadora no momento da coleta de dados, a mesma utilizou um roteiro, em forma de *checklist*, com o “passo a passo” das etapas que deveria percorrer durante a entrevista com o enfermeiro gestor (APÊNDICE F).

Após finalizar a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra no programa *Microsoft Office Word 2007* e as falas foram organizadas, colocando-se, do lado direito e esquerdo, margens amplas para anotações pertinentes à categorização dos dados. Em seguida, o material foi impresso para

a realização da análise, que se deu por meio da técnica ‘análise de conteúdo’, na modalidade temática, proposta por Bardin (2011). A referida técnica é descrita como a utilização de ferramentas analíticas que possibilitam revelar o significado do conteúdo da mensagem emitida pelos participantes do estudo, por intermédio de deduções provenientes de procedimentos sistematizados.

Na Figura 1, a seguir, consta de maneira sucinta as etapas da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011).

**Figura 1** – Etapas para organização dos dados, de acordo com a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, proposta por Bardin (2011)



Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora.

Com relação à discussão dos resultados, esta foi embasada em publicações referentes à gestão em saúde e enfermagem, gestão da qualidade e segurança do paciente.

## **7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste estudo, optou-se pela sistematização dos resultados e discussão na forma de dois manuscritos, que serão apresentados a seguir.

## 7.1 MANUSCRITO 1

**IMPLANTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE:  
PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS GESTORES**

ESTABLISHMENT OF PATIENT'S SAFETY STRATEGIES: THE PERCEPTIONS  
OF MANAGING NURSES

IMPLANTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:  
PERCEPCIONES DE ENFERMEROS GESTORES

**RESUMO**

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizada com 72 enfermeiros gestores de quatro hospitais universitários públicos paranaenses, com o objetivo de relatar, na percepção de enfermeiros gestores, o processo de implantação das estratégias de segurança do paciente. Os dados foram coletados por meio de entrevista gravada, norteada pela questão: *“Fale-me do processo de implantação das estratégias de segurança do paciente deste hospital, vivenciado pelo senhor/senhora/você”* e; submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática, da qual emergiram as categorias: *“Compreendendo a trajetória de implantação das estratégias de segurança do paciente”*; *“Múltiplas fases de implantação das estratégias de segurança do paciente e”*; *“Sentimentos ambíguos relacionados à implantação das estratégias de segurança do paciente”*. Concluiu-se que, nas instituições investigadas, o processo de implantação das estratégias de segurança do paciente é percebido de forma contraditória pelos participantes, mas apesar disso, emitiram sentimentos de satisfação.

**Descritores:** Enfermagem. Segurança do paciente. Gestão da segurança.

**ABSTRACT**

Current descriptive, exploratory and qualitative study was conducted with 72 managing nurses of four government-run university hospitals in the state of Paraná, Brazil, to report the establishment process of patient's safety strategies from the point of view of managing nurses. Data were collected by recorded interview based on the following statement: *“Speak on the process of the patient's safety strategies of this hospital as experienced by you”*. Answers were submitted to analysis of content, theme mode, and the following categories were retrieved: *“Understanding the implantation trajectory of the patient's safety strategies”*, *“Several phases in the establishment of the patient's safety strategies”*, and *“Ambiguous feelings related to the establishment of patient's safety strategies”*.

Results show that the establishment process of patient's safety strategies in the institutions under analysis is perceived in an ambiguous way by the participants, even though they manifest feelings of satisfaction.

**Descriptors:** Nursing. Patient's safety. Safety management.

## RESUMEN

Estudio descriptivo-exploratorio, de abordaje cualitativo, realizado con 72 enfermeros gestores de cuatro hospitales universitarios públicos paranaenses, con el objetivo de relatar, en la percepción de enfermeros gestores, el proceso de implantación de las estrategias de seguridad del paciente. Los datos fueron colectados por medio de entrevista grabada, nortada por la cuestión: *“Hábleme del proceso de implantación de las estrategias de seguridad del paciente de este hospital, vivenciado por usted”* y; sometidos al análisis de contenido, modalidad temática, del cual emergieron las categorías: *“Comprendiendo la trayectoria de implantación de las estrategias de seguridad del paciente”*; *“Múltiples fases de implantación de las estrategias de seguridad del paciente y;”* *“Sentimientos ambiguos relacionados a la implantación de las estrategias de seguridad del paciente”*. Se concluye que, en las instituciones investigadas, el proceso de implantación de las estrategias de seguridad del paciente es percibido de forma contradictoria por los participantes, a pesar de eso, emitieron sentimientos de satisfacción.

**Descritores:** Enfermería. Seguridad del paciente. Gestión de la seguridad.

## INTRODUÇÃO

Pautado no princípio hipocrático “primeiro não causar dano”, a temática que envolve a segurança do paciente tem sido reconhecida mundialmente e constitui-se em um grande desafio às organizações de saúde. Isto porque, na área da saúde, os riscos são inerentes ao processo de trabalho, podendo causar grande incidência de danos ao paciente e; também, prolongamento no tempo de internação, lesões permanentes e até mesmo a morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Os danos, decorrentes da assistência à saúde, encontram-se presentes em instituições geralmente delineadas pela sobrecarga de trabalho, muitas vezes aliada ao dimensionamento de pessoal inadequado e à carência de capacitação

dos seus trabalhadores (GONÇALVES et al., 2012). Além disso, a literatura aponta outros fatores como à comunicação ineficaz, dificuldade no relacionamento interpessoal entre os profissionais de saúde e; desconhecimento da liderança quanto às fragilidades e potencialidades da sua equipe (AIKEN et al., 2012; BOHOMOL; TARTALI, 2013; DUARTE et al., 2015).

Diante do exposto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), fomentada pela necessidade de reduzir os riscos e danos evitáveis ao paciente, decorrentes da assistência à saúde, em 2002, recomendou a todos os países que desenvolvessem estratégias para a promoção do cuidado seguro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Para atender à proposta referida, no Brasil, em 1º de abril de 2013, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado em saúde por meio da implantação de metas voltadas à segurança do paciente, a saber: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; higienizar as mãos para evitar infecções e; reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2013a).

As referidas metas compõem um passo extremamente importante para obter cuidado seguro, mas para alcançá-las fazem-se necessárias mudanças na cultura organizacional da instituição hospitalar, voltada para o aprendizado a partir de erros (FRANÇOLIN et al., 2015). Essa transmutação, por sua vez, envolve processos demasiadamente complexos na busca da reorganização do cuidar porque há a necessidade de a comunicação ser fundamentada na confiança



mútua entre os colaboradores e de a alta gestão reconhecer que processos mal delineados induzem à ocorrência de falhas (REIS, 2014).

Cumprе mencionar que embora haja o estímulo das organizações nacionais e internacionais para a promoção do cuidado seguro, observa-se que ainda existem fatores estruturais que dificultam a garantia da segurança do paciente. Entre as causas que favorecem a ocorrência de falhas não intencionais durante a assistência ao paciente, constam o dimensionamento de pessoal inadequado, a sobrecarga de trabalho, o estresse, a formação deficiente e; a cultura organizacional voltada à resistência às mudanças (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Em ambientes assim, o enfermeiro enquanto líder e gestor do processo de cuidado têm o papel basilar de promover cuidados seguros durante todo o tempo em que o paciente permanecer na instituição de saúde.

Considerando que, no processo de atendimento à saúde, o risco de o paciente sofrer danos é maior quando os processos institucionais não são planejados ou o são de forma inadequada, este estudo se justifica porque, a divulgação de informações que contribuem para a prevenção de danos ao paciente; principalmente quando se refere ao processo de implantação de estratégias voltadas à segurança, são importantes e necessárias.

Com base no exposto questiona-se: “Como se apresenta o processo de implantação das estratégias de segurança do paciente em hospitais públicos paranaenses?” Para responder a essa questão, o presente estudo tem como objetivo relatar, na percepção de enfermeiros gestores, o processo de implantação das estratégias de segurança do paciente em hospitais.

## **CAMINHO METODOLÓGICO**

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no período de janeiro a março de 2015, em quatro hospitais universitários públicos, situados no Estado do Paraná.

Participaram deste estudo 72 enfermeiros que, inicialmente, foram identificados com auxílio do setor de recursos humanos de cada hospital, os quais forneceram o organograma do serviço de enfermagem, junto com o nome, o cargo, a data de admissão na instituição, o contato telefônico e/ou endereço eletrônico dos mesmos. A partir dessas informações, selecionaram-se todos os enfermeiros que executavam atividades indiretas ao paciente, aqui denominados de enfermeiros gestores, que atuavam havia mais de um ano na instituição e que ocupavam o cargo atual havia pelos menos seis meses.

Posteriormente à seleção dos enfermeiros, foi realizado contato por telefone/correio eletrônico e/ou pessoalmente para que a pesquisadora fornecesse informações referentes ao objetivo do estudo, técnica de coleta de dados e implicações éticas. Mediante o aceite informal, a entrevista foi agendada de acordo com a disponibilidade de cada participante. Previamente à realização das entrevistas, que foi realizada no local de trabalho de cada enfermeiro gestor, em local reservado, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, para leitura e assinatura.

A coleta de dados deu-se por meio da aplicação de um formulário para aquisição de informações acerca da caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes e, da entrevista gravada em áudio, apoiada na questão norteadora: *“Fale-me do processo de implantação das estratégias de segurança do paciente deste hospital, vivenciado pelo senhor/senhora/você”*.

Posterior à realização da coleta de dados, todo o material foi transcrito na íntegra e, em seguida, procedeu-se ao tratamento e à análise dos dados, por meio da técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática. A referida análise é constituída de três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação (BARDIN, 2011).

Para a realização prévia da análise dos dados, utilizou-se um quadro com duas colunas, uma para a inserção do material transcrito e a outra para anotações futuras. Em seguida, realizou-se a impressão do mesmo, com retomada da questão de pesquisa e do objetivo, de modo a permitir a organização das principais ideias que nortearam o estudo.

Na pré-análise, foi realizada leitura superficial/flutuante de cada entrevista, com destaque para os pontos de interesse, seguida de leituras minuciosas e exaustivas de todo o material, com codificação das mensagens existentes nos textos (BARDIN, 2011). Posteriormente à codificação das mensagens, o material foi agrupado em categorias. Terminada a categorização, realizou-se a inferência dos dados por meio do contexto da linguagem, das condições do entrevistado e das suas significações (BARDIN, 2011).

Na apresentação dos resultados, os excertos/trechos/verbatins dos relatos foram editados no sentido de corrigir erros gramaticais sem, no entanto, alterar o conteúdo dos mesmos. Além disso, em algumas partes, foram acrescentados alguns termos/palavras entre colchetes. Para se preservar a identificação dos participantes, os excertos foram codificados pela letra “E” de “Entrevista”, e “H”, para denominar o “Hospital” onde a entrevista se realizou. Além disso, um número arábico foi inserido para indicar a sequência das entrevistas.

Este estudo, que faz parte de um projeto maior intitulado “Gestão em Saúde/Enfermagem: Qualidade e Segurança do Paciente em Hospitais Universitários”, obedeceu a todos os preceitos éticos brasileiros e se encontra registrado na Plataforma Brasil com CAAE nº 32206414.6.1001.0104.

## **RESULTADOSE DISCUSSÃO**

Dos 72 profissionais entrevistados, 26,4% trabalhavam no H1; 39% no H2; 15,2% no H3 e; 19,4% no H4. Em todos os hospitais houve maior prevalência do sexo feminino (H1=94,7%; H2=92,9%, H3=82%, H4=86%). Com relação à faixa etária, 47,3% dos enfermeiros gestores do H1 tinham entre 50 e 59 anos; 42,8% do H2, e, 63,7% do H3 tinham respectivamente entre 40 e 49 anos e; 71,4% dos participantes do H4 tinham entre 30 e 39 anos.

A partir da análise dos dados emergiram três unidades temáticas: *“Compreendendo a trajetória de implantação das estratégias de segurança do paciente;”* *“Múltiplas fases de implantação das estratégias de segurança do paciente”* e; *“Sentimentos ambíguos relacionados à implantação das estratégias de segurança do paciente”*.

### **Compreendendo a trajetória de implantação das estratégias de segurança do paciente**

O objetivo da implantação das estratégias de segurança do paciente é reduzir, a um mínimo possível, os riscos desnecessários decorrentes da assistência à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Para que as organizações hospitalares obtenham sucesso durante o processo de implantação

de tais estratégias, é essencial o fortalecimento de uma cultura de segurança positiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Apesar de o termo cultura de segurança ser recente no âmbito da área da saúde (REIS, 2014), observou-se por meio da análise dos relatos dos enfermeiros gestores que nos hospitais investigados, antes de se implantarem as estratégias de segurança do paciente, houve esforços à promoção da cultura de segurança: *“Antes das estratégias [de segurança], um grupo, em 2012, iniciou propostas para se promover a cultura de segurança”* (H1E1); *“Nós iniciamos a discussão das estratégias de segurança em 2009, com o desenvolvimento da cultura [de segurança], que até aquele momento não era explorado, não era falado no hospital [...]”* (H2E1).

De acordo com os excertos, os hospitais já haviam voltado à atenção para a prática de cuidado seguro, antes que fosse instituída a resolução brasileira, que versa sobre as estratégias de segurança do paciente. Isso merece destaque porque, a constatação de que hospitais universitários públicos brasileiros iniciaram as discussões em torno da temática segurança do paciente, antes da normativa brasileira, demonstra a preocupação dos gestores em proporcionar assistência de qualidade aos pacientes.

Com relação ao papel do líder no processo de iniciação e implantação da cultura de segurança, Oña propõe a presença constante daquele líder, o qual deverá conduzir os liderados por meio da comunicação efetiva; da promoção do desenvolvimento profissional, por meio de capacitações; do incentivo às práticas seguras e da realização do *feedback* a partir da análise dos eventos (OÑA, 2012).

No contexto em pauta, destaca-se o papel do enfermeiro, o qual lidera a maior equipe que presta assistência à saúde, possui habilidades gerenciais e é o

profissional responsável por grande parte das tomadas de decisões, relacionadas à qualidade da assistência à saúde (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014).

Os participantes também apontaram que durante a trajetória de implantação das estratégias de segurança do paciente, formou-se o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) na instituição, para apoiar às ações de segurança: “[...] foi formado uma Comissão, o Núcleo de Risco [...] com várias pessoas do hospital, cada uma sendo responsável por um protocolo...” (H3E3); “[...] existiu uma Comissão de Segurança do Paciente, antes da RDC nº36. Depois dessa normativa, todas essas Comissões formaram um Núcleo de Segurança do Paciente” (H4E6).

Os relatos apresentados apontam que os enfermeiros entendem a importância de se considerar as orientações nacionais para que as estratégias de segurança do paciente sejam efetivadas nas instituições de saúde. Isso porque, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 2013, o MS estabelece a implantação de NSP nos serviços hospitalares, podendo-se sofrer sanções penais mediante o descumprimento da referida lei (BRASIL, 2013b).

Ainda com referência ao NSP, os participantes relatam que o Núcleo é composto por diversos profissionais e isso coaduna com o que reza a RDC 36, a qual recomenda que os Núcleos sejam compostos por uma equipe multiprofissional, capacitada em conceitos relacionados à qualidade, à segurança do paciente e às ferramentas de gerenciamento de riscos, além de que sejam profissionais que tenham perfil de liderança (BRASIL, 2013b).

Os enfermeiros gestores relataram ter realizado atividades de capacitação aos colaboradores, por meio de palestras e entrega de folders para divulgar o conhecimento em torno da temática segurança do paciente: “Desde 2012 tivemos

*uma aproximação com as metas internacionais [...] foram realizados diversos treinamentos*” (H2E8); “[...] foi realizado palestra, entregue folder e trabalhado com a equipe nas unidades” (H1E11); “Nós realizamos alguns treinamentos [sobre segurança do paciente] porque é um assunto novo na instituição” (H4E6).

Os verbatins indicam que os participantes, com vista à implantação das estratégias de segurança do paciente, realizaram ações voltadas à disseminação do conhecimento em torno da temática. Esta estratégia é recomendada porque, tende a promover mudanças significativas na cultura de segurança das organizações, contribuindo com o desenvolvimento de habilidades e competências, necessárias à assistência segura ao paciente (RIGON; NEVES, 2011; QUEIROZ; ALBUQUERQUE; MALIK, 2013).

A partir da escuta dos liderados, acerca do atendimento ao paciente, o enfermeiro gestor pode proporcionar melhorias na qualidade dos serviços ofertados e, conseqüentemente, minimizar os riscos de danos, conforme consta no extrato a seguir: “*Você tem que ouvir as pessoas envolvidas no processo [...], temos que levantar problemas e isso só conseguiremos se ouvirmos as pessoas que prestam cuidados diretos [...] porque, quando [a ideia] parte deles é possível melhorar [...], eles querem que dê certo*” (H2E3).

A implantação das estratégias de segurança do paciente envolve, principalmente, os profissionais que estão enredados com o cuidado direto ao paciente. Assim, para que o enfermeiro identifique situações da assistência que necessitam de melhorias, faz-se necessário utilizar ações educativas pautadas na vivência do cotidiano e realizar momentos de discussão e de reflexão com a sua equipe quanto ao cuidado que está sendo prestado (MICCAS; BATISTA, 2014).

Nesse sentido, alvitra-se que proporcionar momentos de escuta para que a equipe exponha a sua opinião, faz com que os seus membros sintam-se parte do processo e, conseqüentemente, dediquem-se com mais afinco para que as estratégias alcancem o resultado esperado. Portanto, valorizar os saberes e as experiências dos indivíduos, constitui-se em fator de extrema importância para a garantia da segurança da assistência, pois toda mudança requer participação de todos os níveis da organização (CARVALHO, 2015).

No depoimento sobre a trajetória de implantação das estratégias de segurança do paciente, foi possível identificar falas que apontam resistências dos profissionais em aderir às medidas propostas para a prática do cuidado seguro: “[...] nós planejamos, mas apenas uma ou outra pessoa tem aderido às mudanças. Os demais são contra o que foi proposto e, apenas põem empecilhos [...] você planeja algo, mas uma pessoa adere à ideia e todos os demais tentam destruí-la. Você luta, luta e não consegue chegar a lugar algum” (H3E8); “Ao iniciar a identificação do paciente, por meio das pulseiras, observei resistência do colega em identificar o paciente, resistência da Recepção em imprimir as pulseiras, resistência do colaborador da Portaria. Enfim, percebi várias resistências” (H4E2); “Está sendo difícil implantar as estratégias [de segurança] porque, existe a resistência do pessoal em mudar” (H4E3).

No contexto dos excertos mencionados, depreende-se que a resistência às mudanças pode estar relacionada à cultura organizacional, existente em instituições públicas. Segundo Guimarães et al. (2011), o sentimento de estabilidade dos profissionais de instituições públicas, em alguns momentos, pode afetar a realização das atividades, pois o trabalhador poderá executá-las da



maneira que lhe for conveniente ou, simplesmente, não executá-las, tornando o processo de mudança em algo complexo e oneroso.

Ainda sobre a resistência a mudanças, esta pode ser causada por processos de incertezas nos indivíduos, o que os afeta psicologicamente, provocando-lhes medo e; conseqüentemente, resistência (FREIRES et al., 2014). Tem-se então que, quando o assunto é mudança, a resistência configura-se como um dos maiores desafios para os gestores, pois comumente, tudo que é desconhecido, que foge do comodismo, traz uma tendência natural à resistência (HASLAM; PENNINGTON, 2010).

Para minimizar esse quadro, Carvalho (2015) aponta que todos os níveis da organização devem participar do processo de mudança. Com isso, aos profissionais de nível mais elementar cabem: entender a necessidade de mudança, participar das decisões e, sentirem-se envolvidos. Já aos líderes, cabe direcionar o processo e motivar os profissionais e à alta direção, a disponibilizar os recursos humanos e materiais (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2010; KIM; HORNUNG; ROUSSEAU, 2011; NERY; NEIVA, 2015).

Percebe-se que a trajetória vivenciada pelos enfermeiros gestores, no processo de implantação das estratégias de segurança do paciente, foi permeada mesmo que em parte, pela promoção da cultura de segurança; formação do NSP; capacitação, envolvimento e escuta dos colaboradores e também; resistência dos profissionais em aprimorar a prática assistencial ao paciente.

### **Múltiplas fases de implantação das estratégias de segurança do paciente**

Apesar de a normativa relacionada à promoção das estratégias de segurança do paciente ter sido instituída pelo MS em 2013, os hospitais

investigados se encontram em etapas distintas de implantação. Um deles, pelo processo de Acreditação hospitalar, está à frente em relação aos demais e isso foi possível constatar na seguinte fala: *“A gente já implantou as estratégias de segurança do paciente para a Acreditação, então elas já estão sendo reavaliadas e readequadas”* (H1E16).

De acordo com excerto H1E16 - implantar as estratégias de segurança do paciente em uma organização que vivenciou o processo de Acreditação pode ter garantido maiores avanços no quesito cuidado seguro, quando comparado a outras instituições. Nesse contexto, cumpre-se mencionar que o primeiro Nível de Acreditação, fundamentado no modelo da Organização Nacional de Acreditação (ONA), volta-se principalmente para adequações relacionadas à estrutura e à segurança do paciente (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014), enfatizando metas comuns àquelas estipuladas pelo PNSP.

De acordo com a literatura (ALKHENIZAN; SHAW, 2011; NG et al., 2013; MENDES; MIRANDOLA, 2015; OLIVEIRA; MATSUDA, 2015), o processo de Acreditação hospitalar atua como importante promotor de mudanças na instituição, com destaque para o maior engajamento e comunicação efetiva entre os colaboradores; acultura organizacional positiva; o atendimento pautado nas necessidades do paciente e, a gestão de processos voltada a práticas seguras.

Nas instituições hospitalares que não vivenciavam o processo de Acreditação hospitalar, os enfermeiros gestores apontaram que a implantação das estratégias de segurança do paciente estava em desenvolvimento: *“A implantação vai acontecer nesse ano de 2015, junto com o Núcleo de Segurança [do Paciente], que está sendo instituído”* (H2E4); *“A partir desse ano [2015] as estratégias de segurança do paciente serão o foco principal [...] serão implantadas*

*e colocadas no planejamento estratégico” (H2E25); “Planejamos para o ano de 2015 a implantação de todas as estratégias de segurança do paciente pelo Núcleo [de Segurança do Paciente]” (H2E11).*

De acordo com os relatos, no momento da realização deste estudo, o hospital estava se organizando para as primeiras iniciativas quanto à implantação do cuidado seguro. E isso, pode ser percebido também nos verbatins: “[...] implantadas efetivamente não, elas estão sendo construídas” (H3E4); “Nós já temos os protocolos [de segurança do paciente], mas ainda não implantamos” (H3E9); “O que tenho percebido é que não estão implantadas, pois estamos realizando reuniões para discutir às estratégias [...]” (H3E10).

Observa-se que apesar de o MS ter instituído, em 2013, o PNSP, com intuito de minimizar os danos decorrentes da assistência à saúde, duas organizações hospitalares ainda se encontram na fase de implantação das estratégias de segurança do paciente. Isso pode ocorrer pelas dificuldades dos hospitais em desenvolverem a cultura de segurança positiva. Segundo Reis (2014), a não incorporação dessa cultura pode interferir negativamente nas ações em prol do atendimento seguro, podendo acarretar em maior incidência de EA, quando comparado aos serviços que prezam pelas estratégias de segurança do paciente (ROQUE; MELO, 2012).

Também houve participantes que não se recordavam da etapa em que o hospital se encontrava em relação à implantação das estratégias de segurança do paciente: “Não tenho conhecimento dessas estratégias. Em relação ao paciente observo que falta muito trabalho, aqui no hospital, para o paciente estar seguro” (H4E1); “Olha, na verdade eu sei pouco [sobre as estratégias de segurança do paciente], eu sei que é um programa, que tem que ser implantado, e que traz

*benefícios para o paciente” (H4E2); “Que foram implantadas [as metas de segurança do paciente] efetivamente, não consigo lembrar” (H4E10).*

Autores afirmam que o conhecimento em torno do atendimento seguro faz-se necessário para que o gestor conheça as falhas na assistência e; com isso, adote medidas preventivas eficazes, frente ao erro (DUARTE et al., 2015). Ademais, a carência na formação do líder, quanto às estratégias seguras, constitui-se em uma das principais barreiras para sua efetivação (QUEZ; MONTORO; GONZÁLES, 2010). Portanto, é necessário que o enfermeiro gestor identifique a necessidade de aprimorar seus conhecimentos acerca do cuidado seguro para que possa garantir maior segurança aos pacientes, aos profissionais e à instituição (INOUE; MATSUDA, 2013).

Sabe-se que o processo de implantação das estratégias de segurança do paciente deve envolver todos os profissionais, direta ou indiretamente enredados na assistência à saúde. Nesse âmbito, a participação do enfermeiro é fundamental na construção e efetivação do cuidado seguro, pois esse profissional é munido de conhecimento técnico e científico; lidera o maior contingente de trabalhadores da instituição e é responsável pela prestação de cuidados ao paciente durante as 24 horas do dia (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014; OLIVEIRA; MATSUDA, 2015).

Na presente categoria temática, constatou-se, portanto, que apesar de a normativa brasileira declarar a necessidade de todos os estabelecimentos de saúde, implantar as medidas de segurança do paciente, três das quatro instituições investigadas ainda se encontram na fase inicial.

## **Sentimentos ambíguos relacionados à implantação das estratégias de segurança do paciente**

Todo movimento em prol de mudanças causa percepções positivas ou negativas, principalmente naqueles que conduzem o processo (CARVALHO, 2015). Essa concepção pode ser notada nos excertos a seguir, referentes à implantação das estratégias: “[...] apesar de perceber que estamos muito atrasados em alguns quesitos, eu fico muito feliz em participar [da implantação] de todas essas estratégias” (H1E15); “[...] minha percepção é de satisfação em ver esse processo acontecendo no hospital e pensar que, cada vez mais proporcionaremos segurança para os pacientes e para os profissionais” (H3E11).

Os verbatins indicam que H1E15 e H3E11 se sentem satisfeitos em participar do processo de implantação das estratégias de segurança do paciente. Essa afirmativa corrobora com Carvalho (2015), a qual relata que a participação dos profissionais em ações que modificam o processo de trabalho na instituição causa percepções positivas pela oportunidade de vivenciar novas experiências e ampliar conhecimentos. Além disso, o fato de os colaboradores se envolverem com questões que visam melhorias na instituição onde atuam pode ter relação direta com a qualidade da assistência e; conseqüentemente, com a efetivação de práticas seguras (RIGOBELLO et al., 2012; BASSUNI; BAYOUMI, 2015).

Percebe-se no depoimento H3E11 a satisfação em proporcionar segurança ao paciente e ao profissional. Esse fato converge com Reis, Martins e Laguardia (2013), os quais afirmam que o profissional, ao aderir às práticas seguras, terá benefícios porque, os erros poderão ser diagnosticados e as falhas nos processos corrigidas. Com isso, o colaborador/trabalhador terá melhores condições de trabalho e satisfação com a profissão. Por outro lado, o paciente terá o benefício

de receber assistência segura e de qualidade e a organização, credibilidade e redução nos custos.

Em que pese à satisfação referida, houve enfermeiros que manifestaram percepções negativas por resistência dos profissionais em aderir às estratégias de segurança do paciente: *“Vejo alguns profissionais trabalhando, buscando e pesquisando de forma esplendorosa, revolucionária [conhecimento para promoverem o cuidado seguro], mas isso acaba sendo diluído e menosprezado por outros trabalhadores. Ao ver isto, sinto dor no coração, literalmente!”* (H4E2); *“Percebo que é muito importante implantar as estratégias [de segurança do paciente], mas nem sempre elas [as estratégias] são aceitas e executadas”* (H2E16).

A percepção de tristeza é fortemente evidenciada na fala H4E2, ao discursar que sente “dor no coração”, pela falta de adesão às estratégias. Esse pesar pode ser observado pela comunicação não verbal do entrevistado, pois nesse momento, houve diminuição do seu tom de voz e o olhar se fez distante, em direção à porta da sala.

Sabe-se que durante o processo de mudança é comum que existam resistências dos indivíduos, pelo medo de vivenciar as novas experiências, e até mesmo pelo hábito de realizar as mesmas atividades por longo tempo (CARVALHO, 2015). Mediante isso, o gestor deverá proporcionar atividades que estimulem os colaboradores ao conhecimento dos benefícios da mudança e assim obter a adesão às ações propostas (NERY; NEIVA, 2015).

Constataram-se, também, percepções distintas quanto à fase da implantação: *“[...] me senti satisfeita em ter começado o processo de implantação [das estratégias de segurança do paciente] antes da normativa do Ministério da Saúde*

*e agora, sinto-me frustrada porque, estamos atrasados em relação a outros hospitais” (H2E11); “Eu percebo que é um trabalho extremamente desgastante [a implantação das estratégias], mas ao mesmo tempo muito gratificante porque você consegue perceber os resultados positivos [advindos da implantação das estratégias de segurança do paciente]” (H1E15).*

O extrato de H2E11 denota que a implantação das estratégias antes da normativa brasileira produziu satisfação no trabalho, mas mediante o atraso, o mesmo se sente decepcionado. Em situações assim, o líder tem papel basilar no sucesso da implantação das estratégias de segurança do paciente e ao detectar sentimentos de frustração na equipe, necessita atuar no sentido de conter as emoções, de forma a não influenciar na assistência ao paciente e, também, no relacionamento interpessoal entre os profissionais (GONDIM; PEREIRA, 2015).

Com base no relato de H2E11, pode-se inferir que o entrevistado sente-se culpado pelo processo de implantação das estratégias estarem atrasadas em relação a outros hospitais. Nesse sentido, coordenar a instituição às práticas seguras pode causar grande preocupação aos gestores, pois o sucesso ou não, muitas vezes, fica a cargo do profissional que a conduz (CARVALHO, 2015).

De maneira geral, foram ambíguas as percepções dos enfermeiros, quanto à implantação das estratégias, pois nota-se que alguns relataram satisfação por propiciar melhoria na qualidade do cuidado. Já outros, referiram decepção pelo atraso na implantação das estratégias e, também, pela resistência de outros trabalhadores, em aderir ao processo.

## CONCLUSÃO

Na percepção dos enfermeiros, ainda são necessárias diversas ações para a implantação efetiva das estratégias de segurança do paciente nas instituições em que atuam como: desenvolvimento da cultura de segurança, formação do NSP e capacitação da equipe. Alguns participantes também apontaram que se sentem satisfeitos em participar do processo de implantação das metas de segurança, por proporcionar assistência segura ao paciente e ao profissional, mas para outros o sentimento é de decepção.

Este estudo fornece subsídios para gestores, em especial enfermeiros, que almejam atender à normativa do MS, referente à implantação das estratégias de segurança do paciente. Isso porque, as informações obtidas podem auxiliá-los no planejamento e na tomada de decisões assertivas acerca do tema.

Como alternativas de novas investigações, sugerem-se estudos de abordagem quantitativa, com participantes de diversas localidades, que mensurem o impacto da implantação das estratégias seguras, seja para os pacientes/usuários ou para os trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ.**, London, v. 344, p. e1717, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

ALKHENIZAN, A.; SHAW, C. Impact of accreditation on the quality of health care services: a systematic review of the literature. **Ann. Saudi Med.**, Riyadh, v. 31, no. 4, p. 407-416, Jul./Aug. 2011.

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



BASSUNI, E. M.; BAYOUMI, M. M. Improvement critical care patient safety: using nursing staff development strategies, at Saudi Arabia. **Glob J. Health Sci.**, Toronto, v. 7, no. 2, p. 335-343, Jan. 2015.

BOHOMOL, E.; TARTALI, J. A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 376-381, 2013.

BRASIL. 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, DF, n. 61, abr. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 nov. 2013b. Seção 1, p. 77.

CARVALHO, P. S. Cultura e mudança organizacional: compreendendo o indivíduo na organização. **Psicologia. Pt.**, Porto, 2015. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0893.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2015.

DUARTE, S. C. M. et al. Adverse events and safety in nursing care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

FRANÇOLIN, L. et al. Patient safety management from the perspective of nurses. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015.

FREIRES, D. A. N. et al. Resistência à mudança organizacional: perspectiva valorativa e organizacional. **Psico.**, Porto Alegre, v. 45, n. 4, p. 513-523, out./dez. 2014.

GONÇALVES, L. A. et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 46, p. 71-77, 2012.

GONDIM, S. M. G.; PEREIRA, C. R. Evidências de uma avaliação de medida de características pessoais de regulação de emoções. **Psychol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 659-667, 2015.

GUIMARÃES, A. T. et al. Gerenciamento do pessoal de enfermagem com estabilidade no emprego: percepção de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 905-911, 2011.

HASLAM, S.; PENNINGTON, R. Reducing resistance to change and conflict: a key to successful leadership. **Resource Int.**, [S.l.], v. 1, p. 3-11, 2010. Disponível em: <[http://www.w.resource-i.com/PDFs/Leadership\\_series1.pdf](http://www.w.resource-i.com/PDFs/Leadership_series1.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2015.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Segurança do paciente: abordando um antigo problema. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 208-209, abr./jun. 2013.

KIM, T. G.; HORNING, S.; ROUSSEAU, D. M. Change supportive employee behavior: antecedents and the moderating role of time. **J. Management**, [S.l.], v. 37, p. 664-1693, 2011.

MENDES, G. H. S.; MIRANDOLA, T. B. S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gest. Prod.**, São Carlos, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/2015nahead/0104-530X-gp-0104-530X1226-14.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

NERY, V. F.; NEIVA, E. R. Variáveis de contexto e respostas à mudança organizacional: testando o papel mediador das atitudes. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, DF, v. 31, n. 2, p. 259-268, abr. 2015.

NG, G. K. B. et al. Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. **Hong Kong Med. J.**, Hong Kong, v. 19, no. 5, p. 434-446, Oct. 2013.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. Acreditação: possibilidade para o avanço na gestão da qualidade em saúde e em enfermagem? **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 993-994, abr./jun. 2015.

OÑA, P. M. P. **Are there differences in patient safety between different countries using the HSOPSC?** 2012. Master (Public Health)–Copenhagen University, Copenhagen, 2012. Disponível em: <[http://mph.ku.dk/uddannelsen/master/afhandlinger/mph\\_2012/Pamela\\_Padilla.pdf](http://mph.ku.dk/uddannelsen/master/afhandlinger/mph_2012/Pamela_Padilla.pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Produto/74/Manual-Brasileiro-de-Acreditacao-Organizacoes-Prestadoras-de-Servicos-de-Saude-Versao-2014>>. Acesso em: 17 maio 2015.

QUEIROZ, A. C. S.; ALBUQUERQUE, L. G.; MALIK, A. M. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. **R. Adm.**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 658-670, out./dez. 2013.

QUES, A. A. M.; MONTORO, C. H.; GONZÁLEZ, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, maio/jun. 2010. [08 telas] Tela 46.

REIS, C. T. Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 75-99.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

RIGON, A. G.; NEVES, E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 812-817, 2011.

ROBBINS, S. P.; JUDGE, T. A.; SOBRAL, F. **Comportamento organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro**. 14. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. **Esc. Anna Esc. Nery: Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, no. 1, p. 121-127, jan./mar. 2012.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M.; CARRASCO, M. E. L. Participação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 93-99, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Geneva, 2009. Final Technical Report and Technical Annexes. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**. Geneva, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Patient Safety**. Geneva, 2013. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/topics/patient_safety/en/)>. Acesso em: 23 out. 2015.

## 7.2 MANUSCRITO 2

**IMPLANTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE:  
SUGESTÕES DE ENFERMEIROS GESTORES**

ESTABLISHMENT OF PATIENT'S SAFETY STRATEGIES: SUGGESTIONS OF  
MANAGING NURSES

IMPLANTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:  
SUGERENCIAS DE ENFERMEROS GESTORES

**RESUMO**

O presente estudo teve como objetivo relatar na perspectiva de enfermeiros gestores, sugestões à implantação de estratégias de segurança do paciente em hospitais. Pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, realizada com 72 enfermeiros gestores de quatro hospitais universitários públicos paranaenses. Os dados foram coletados por meio de entrevista gravada, norteada pela questão: *“Fale-me sobre ações que necessitam/devem ser operacionalizadas no processo de implantação das estratégias de segurança do paciente em hospitais”* e submetidos à análise de conteúdo, na modalidade temática, da qual se desvelaram as categorias: *“Criação de Núcleo de Segurança integrado à Gestão da Qualidade”* e *“Desenvolvimento de estratégias de ensino e pesquisa à promoção da segurança do paciente”*; *“Ações organizacionais sistêmicas à efetividade das estratégias de segurança do paciente”*. Concluiu-se que as principais sugestões emitidas pelos enfermeiros foram: integração do Núcleo de Segurança do Paciente com a assessoria de Gestão da Qualidade; capacitação contínua de todos os trabalhadores; parceria com o meio acadêmico e apoio maciço da alta gestão.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Segurança do paciente. Gestão da segurança. Gestores de Saúde.

**ABSTRACT**

Current analysis reports suggestions on the establishment of patient's safety strategies in hospital from the perception of managing nurses. Current descriptive, exploratory and qualitative study was conducted with 72 managing nurses of four government-run university hospitals in the state of Paraná, Brazil. Data were collected by a recorded interview based on the statement: *“Speak on the actions*

*that should be implemented in the process of the establishment of patient's safety strategies in hospitals".* Answers were submitted to analysis of content, theme mode, and the following categories emerged: *"Establishment of a safety nucleus integrated to the quality management"*, *"Development of teaching and research strategies for the promotion of patient's safety"* and *"Systemic organizational activities for the strategies of patient's safety"*. It may be concluded that the main suggestions of nurses were: integration of the patient's safety nucleus to quality management; continuous capacitation of all professionals; joint venture with universities and whole-hearted support by the managers.

**Keywords:** Nursing. Patient's safety. Safety management. Health manager.

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo relatar en la perspectiva de enfermeros gestores, sugerencias a la implantación de estrategias de seguridad del paciente en hospitales. Investigación descriptivo-exploratoria, de abordaje cualitativo, realizada con 72 enfermeros gestores de cuatro hospitales universitarios públicos paranaenses. Los datos fueron colectados por medio de entrevista grabada, nortada por la cuestión: *"Hábleme sobre acciones que necesitan/deben ser mantenidas en el proceso de implantación de las estrategias de seguridad del paciente en hospitales"* y sometidos el análisis de contenido, en la modalidad temática, de la cual se desvelaron las categorías: *"Creación de Núcleo de Seguridad integrado a la Gestión de la Calidad"* y *"Desarrollo de estrategias de enseñanza e investigación a la promoción de la seguridad del paciente"*; *"Acciones organizacionales sistémicas a la efectividad de las estrategias de seguridad del paciente"*. Se concluye que las principales sugerencias emitidas por los enfermeros fueron: integración del núcleo de seguridad del paciente con la asesoría de gestión de la calidad; capacitación continua de todos los trabajadores; asociación con el medio académico y apoyo macizo de la alta gestión.

**Palabras clave:** Enfermería. Seguridad del paciente. Gestión de la seguridad. Gestores de Salud.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem a finalidade de reduzir os riscos e danos desnecessários, relacionados ao cuidado à saúde, a um mínimo aceitável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Há muito tempo, tal temática tem sido alvo de discussões e preocupações, pois Hipócrates, há aproximadamente 2 mil anos, ao se referir à assistência prestada ao paciente preferiu: "primeiro não causar dano" (WACHTER, 2013).

Em 1863, Florence Nightingale, ao perceber que morriam mais soldados por complicações patológicas evitáveis, decorrentes da assistência à saúde, do que em campos de batalha, instituiu a análise estatística para mensurar o resultado da assistência e medidas para melhorar o cuidado culminando na diminuição de óbitos preveníveis (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2010). Porém, apenas no final da década de 1990, com a publicação do relatório *To Err is Human: building a safer health system*, em 1999, pelo Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos da América, é que os órgãos regulatórios, gestores e profissionais da saúde voltaram a atenção para a necessidade de garantir assistência segura (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A partir da divulgação do referido relatório, órgãos nacionais e internacionais instauraram iniciativas com o intuito de minimizar os riscos provenientes da assistência à saúde. Assim, estudos estão sendo realizados a fim de ratificar, cada vez mais a importância da adoção de práticas seguras. Nesse contexto, um estudo que analisou altas hospitalares de instituições públicas portuguesas, detectou a incidência de 2,5% de eventos adversos (EA) e, destes, 5,7% evoluíram a óbito (MANSOIA et al., 2011). Já outra pesquisa, realizada em cinco hospitais da Itália, identificou a ocorrência de 5,2% de EA, sendo que 56,7% eram evitáveis (TARTAGLIA et al., 2012).

A realidade brasileira não difere daqueles países, pois em estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro, foram analisados 27.350 prontuários de pacientes, observando-se que 3,5% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentaram EA e que, a proporção de EA cirúrgicos evitáveis foi de 68,3%. Além disso, esse mesmo estudo constatou que, um a cada cinco pacientes,

sofreu danos incapacitantes, permanentes ou foram a óbito (MOURA; MENDES, 2012).

A ocorrência de EA também gera elevados gastos ao sistema de saúde. Em estudo realizado em dois hospitais públicos de ensino do Estado do Rio de Janeiro, em que selecionaram de forma aleatória 622 prontuários de paciente, identificou-se que o valor médio pago pelo atendimento aos pacientes que sofreram EA foi 200,5% superior ao valor pago aos pacientes sem EA (PORTO et al., 2010).

Diante dos expressivos números decorrentes de EA, os elevados gastos com a assistência e a extrema importância de garantir cuidado seguro, órgãos nacionais e internacionais têm se empenhado em minimizar a ocorrência de danos ao paciente. Com isso, o Brasil, por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado em 1º de abril de 2013, priorizou algumas ações com o objetivo de diminuir os riscos decorrentes da assistência à saúde a partir da implantação de estratégias para a segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

As estratégias estabelecidas pelo PNSP visam identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; higienizar as mãos para evitar infecções e reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2013a).

As estratégias referidas, em princípio, são consideradas simples e efetivas. Contudo, pela sobrecarga de trabalho, ao dimensionamento de pessoal inadequado (INOUE; MATSUDA, 2013), da cultura organizacional negativa

quanto a mudanças, gestores e órgãos hospitalares enfrentam dificuldades para a implementação dessas práticas (SANTANA et al., 2014).

Considerando a premência de se realizar estudos que abordam a segurança do paciente, este estudo se justifica porque, a literatura aponta que existe dificuldade de se implantar as estratégias de segurança do paciente em instituições hospitalares; os custos monetários e sociais, relacionados à ocorrência de EA na assistência à saúde, são elevados e os seus resultados poderão subsidiar gestores e trabalhadores no planejamento e implantação de estratégias de segurança do paciente e; conseqüentemente, na prevenção de danos e agravos, oriundos do cuidado à saúde.

Ante ao exposto, esta pesquisas se pauta na questão: *“Na percepção de enfermeiros gestores, quais ações devem ser operacionalizadas no processo de implantação das estratégias de segurança do paciente em hospitais?”* E, tem como objetivo relatar na perspectiva de enfermeiros gestores, sugestões à implantação de estratégias de segurança do paciente em hospitais.

## **CAMINHO METODOLÓGICO**

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado entre janeiro e março de 2015, em quatro hospitais universitários públicos, situados no Estado do Paraná.

A coleta de dados procedeu-se, primeiramente, pela autorização formal dos quatro hospitais. Em seguida, os dados pessoais dos enfermeiros (nome, cargo, data de admissão, contato telefônico e/ou endereço eletrônico) foram obtidos com o auxílio do setor de recursos humanos. Após, foram selecionados todos os enfermeiros que executavam atividades indiretas ao paciente, aqui denominados



de enfermeiros gestores, que atuavam há mais de um ano na instituição e que ocupavam o cargo atual há pelo menos seis meses.

Posteriormente, realizou-se contato (telefônico, e/ou por correio eletrônico, e/ou pessoal) com os enfermeiros para o fornecimento de informações referentes ao objetivo do estudo, a técnica de coleta de dados e as implicações éticas. Mediante o aceite informal, a entrevista foi agendada de acordo com a disponibilidade de cada participante. Previamente à realização das entrevistas, que foi realizada em local reservado, foi disponibilizado, em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura.

No que tange à coleta de dados propriamente dita, a mesma ocorreu por meio da aplicação de um formulário com questões objetivas, relacionadas à caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes e, na sequência, foi realizada entrevista gravada, apoiada na questão norteadora: *“Fale-me sobre ações que necessitam/devem ser operacionalizadas no processo de implantação das estratégias de segurança do paciente em hospitais”*.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, no programa *Microsoft Office Word 2007* e, após, foram submetidas à análise de conteúdo, na modalidade temática (BARDIN, 2011), respeitando-se a fase de pré-análise, de exploração do material e do tratamento dos dados.

Na apresentação dos resultados, os excertos/trechos/verbatim dos relatos foram editados no sentido de corrigir possíveis erros gramaticais sem, no entanto, alterar o conteúdo dos mesmos. Além disso, em algumas partes, foram acrescentados alguns termos/palavras entre colchetes. Para preservar a identificação dos participantes, os excertos foram codificados pela letra “E”, a qual significa “Entrevista”, e “H”, para denominar o “Hospital” onde foi realizada a entrevista,

além de um número arábico indicando a sequência em que as mesmas foram realizadas.

Este estudo que faz parte de um projeto maior, intitulado “Gestão em Saúde/Enfermagem: Qualidade e Segurança do Paciente em Hospitais Universitários”, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP), da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e recebeu parecer favorável, tendo número de C.A.A.E. 32206414.6.1001.0104.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dos 72 profissionais entrevistados, 26,4% trabalhavam no H1; 39% no H2; 15,2% no H3 e; 19,4% no H4. Em todos os hospitais houve maior prevalência do sexo feminino (H1=94,7%; H2=92,9%, H3=82%, H4=86%). Com relação à faixa etária, 47,3% dos enfermeiros gestores do H1 tinham entre 50 e 59 anos; 42,8% do H2, e, 63,7% do H3 tinham entre 40 e 49 anos, já 71,4% dos participantes do H4 tinham entre 30 e 39 anos.

Da análise dos dados emergiram três unidades temáticas: Tema I: *Criação de Núcleo de Segurança, integrado à Gestão da Qualidade*; Tema II: *Desenvolvimento de estratégias de ensino e pesquisa à promoção da segurança do paciente*; e Tema III: *Ações organizacionais sistêmicas à efetividade das estratégias de segurança do paciente*.

### **Criação de Núcleo de Segurança Integrado à Assessoria de Gestão da Qualidade**

Para que os hospitais criem um ambiente seguro é necessário estabelecer parcerias entre os serviços da instituição, no sentido de dedicarem-se ao

desenvolvimento das estratégias de segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Em consonância com a afirmação anterior, no que tange às ações para a implantação das estratégias de segurança do paciente, os enfermeiros gestores apontaram: “[...] é necessário criar uma assessoria de gestão da qualidade junto ao núcleo de segurança [do paciente], com profissionais dedicados exclusivamente aos trabalhos relacionados à qualidade e à segurança” (H1E1); “[...] é importante formar um serviço de qualidade e um núcleo de risco para que cada profissional se responsabilize pela implantação de um protocolo” (H1E11).

Os excertos H1E1 e H1E11 sugerem o trabalho conjunto entre o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a Assessoria de Qualidade. Talvez isso ocorra porque no hospital investigado ambos os serviços atuam de forma integrada e subsidiam todas as ações voltadas para o cuidado seguro, ratificando, então, a necessidade de criá-los em outras instituições.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no manual publicado em 2013, as atividades desenvolvidas pelo NSP e pela assessoria de qualidade devem estar alinhadas para garantir assistência segura ao paciente. Neste sentido, o objetivo do NSP constitui-se em promover e apoiar à implantação de estratégias de segurança do paciente (BRASIL, 2013c). Já à assessoria da qualidade cabe prevenir, detectar e solucionar problemas relacionados com a qualidade e a segurança do paciente (BRASIL, 2013c).

Os relatos H1E1 e H1E11 também apontam a necessidade dos profissionais atuarem exclusivamente no NSP ou no serviço de gestão da qualidade. Contudo, tal necessidade configura-se, em algumas instituições, em um desafio para os gestores, por conta do dimensionamento inadequado de

enfermeiros. Em estudo realizado em um hospital geral, os enfermeiros investigados relataram a dificuldade em integrar as atividades assistenciais às gerenciais, suscitando a necessidade de ter um profissional para cada função, com vista à assistência integral ao paciente, à melhor organização do processo de trabalho e, por conseguinte, à minimização de riscos na assistência (GIORDANI; BISOGNO; SILVA, 2012).

Cumprido ressaltar que no discurso de H1E11 é pontuada a necessidade de cada profissional se responsabilizar pelo gerenciamento de um protocolo. Essa percepção contradiz a Resolução Colegiada Diretiva nº36, a qual recomenda a participação multiprofissional no processo de desenvolvimento das estratégias de segurança do paciente (BRASIL, 2013b). Marques e Romano-Lieber (2014) corroboram com tal afirmativa ao citar a importância da integração entre diferentes categorias profissionais para a efetivação da implantação das estratégias de segurança do paciente.

Para que o serviço de gestão da qualidade alcance seus objetivos também é importante que esteja em consonância com a alta gestão do hospital, conforme consta no seguinte relato: “[...] é importante ter um Serviço de Qualidade diretamente ligado ao Diretor e que esse gestor, aceite e incorpore essas ideias [estratégias de segurança do paciente]” (H1E2).

O envolvimento da alta gestão é basilar à implantação de estratégias seguras para o paciente, para os profissionais, e também para a própria instituição. Para Mello e Barbosa (2013), o apoio da cúpula administrativa é essencial para a promoção do cuidado seguro porque pode proporcionar aos profissionais o sentimento de que não estão sozinhos nessa missão.

Em que pese o fato de a presença da alta gestão da instituição, em processos de segurança do paciente, suscitar sentimento de apoio aos trabalhadores, isso não deve ser tomado como novidade ou benevolência porque, de acordo com os preceitos da gestão da qualidade (WACHTER, 2013), a alta gestão, por ter poder de decisão e de captar recursos, deve compor a primeira linha nos processos que envolvem mudanças estratégicas no gerenciamento.

Considera-se, portanto, que a integração entre o NSP e a Assessoria de Gestão da Qualidade e o apoio da alta gestão, são quesitos de suma importância para a efetivação das práticas seguras ao paciente.

### **Desenvolvimento de estratégias de ensino e pesquisa à promoção da segurança do paciente**

Promover a educação profissional configura-se em momento singular à promoção da assistência segura. *“Acredito que a primeira etapa é fazer a sensibilização, para que todas as pessoas que estarão envolvidas entendam o que é, o porquê, e, o quanto que isso irá trazer de benefícios para o paciente e para o profissional”* (H1E17); *“Primeiramente tem que esclarecer para todos os colaboradores o que é a segurança [do paciente], e o que é o Programa [Programa Nacional de Segurança do paciente]”* (H4E14).

De acordo com os excertos, os entrevistados entendem a importância da realização de educação em serviço, no processo de implantação das medidas de segurança. Isso porque, paralelamente a integração do NSP com a Assessoria de Gestão da Qualidade, é elementar que os colaboradores conheçam a temática e atuem no sentido de garantir o cuidado seguro, não só ao paciente, mas também ao trabalhador, de forma sistematizada, contextualizada e contínua.

De acordo com Reis (2013), os benefícios advindos da prática da assistência segura ao colaborador se pautam no reconhecimento de que uma vez que os erros são diagnosticados, as falhas no processo podem ser retificadas, proporcionando satisfação profissional por desempenhar as atividades laborais em ambiente seguro.

Os riscos de o paciente sofrer EA são elevados nas organizações hospitalares que não privilegiam o aprendizado; há escassez de informações ou quando estas são transmitidas de forma distorcida (MANZO; BRITO; ALVES, 2013). Nesse aspecto, a educação em serviço constitui-se ferramenta eficaz para subsidiar as mudanças no processo assistencial porque o aprimoramento de conhecimentos contribui para o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias à prática segura (QUEIROZ; ALBUQUERQUE; MALIK, 2013).

Para disseminar o conhecimento em torno da segurança do paciente,, os enfermeiros sugeriram:“[...] acho que principalmente, envolver discussões em grupos pequenos, escutando realmente, sanando dúvidas [...]” (H1E17); “Sugiro que os hospitais realizem capacitações in loco, que [o profissional responsável pela capacitação] vá até a unidade e realize o treinamento com um ou dois colaboradores” (H2E4).

A realização de capacitações em pequenos grupos, indicados por H1E17 e H2E4 é outra sugestão importante porque de acordo com os participantes do estudo, em treinamentos realizados com número maior de pessoas, apenas algumas eram sensibilizadas. Barbato, Corrêa e Souza (2010) corroboram com tal afirmativa, pois referem que às capacitações realizadas em pequenos grupos proporcionam melhor aprendizado, pois o colaborador pode sanar dúvidas,

interagir melhor entre os membros do grupo e com isso trocar mais experiências e conhecimentos.

Além da realização de capacitações em pequenos grupos, houve sugestão de que é necessário desenvolvê-las de forma contínua e sistematizada. “[...] *precisa ter uma educação muito forte [bem planejada] no sentido de estar sempre desenvolvendo campanhas, criando meios para que essas estratégias sejam fortalecidas e realmente promovam mudanças na cultura [organizacional]*” (H1E15); “*Tem que estar sempre atualizadas [às capacitações] para informar os profissionais diariamente quanto às resoluções, portarias do Ministério da Saúde [...]. Não é porque as estratégias foram implantadas que não precisamos de cursos. Pelo contrário senão, as pessoas deixam de dar importância [para as estratégias de segurança do paciente]*” (H1E2).

Os depoimentos mencionados apontam a necessidade de os momentos de ensino/educação serem realizados com periodicidade, com intuito de fortalecer o conhecimento prévio, mas também adquirir novas informações e práticas. Na perspectiva da segurança do paciente, Yoshikawa et al. (2013) ilustram que além da realização de capacitações é necessário que estas sejam realizadas constantemente porque a periodicidade das ações educativas é importante para se prevenir falhas assistenciais.

O envolvimento do meio acadêmico também coaduna para a garantia da assistência segura, como exposto a seguir: “*Sugiro que os hospitais realizem a integração docente assistencial, porque é importante a parceria com o Departamento de Enfermagem [...], os professores junto com os alunos podem auxiliar os gestores nas atividades para a implantação das estratégias [de segurança do paciente]*” (H2E11); “[...] *é importante ter um docente que participa*

*efetivamente, que dê suporte, que traga novos conhecimentos, que promova discussão com os profissionais” (H3E8).*

A parceria entre os serviços de saúde com as instituições de ensino é elementar para a troca de conhecimentos e para a implantação de diferentes estratégias. Isso porque, de acordo com Marin et al. (2014), essa relação é considerada indissociável visto que a instituição de ensino proporciona a formação/aquisição de conhecimentos e a transformação da realidade. Por sua vez, a instituição de saúde possibilita a inserção do discente/estudante no contexto da prática assistencial e; ao desenvolvimento de ações em prol da segurança do paciente (MARIN et al., 2014).

Talvez em decorrência da recente normativa brasileira quanto à implantação das estratégias de segurança, os enfermeiros gestores elencaram a necessidade de conhecer diferentes instituições hospitalares em que a implantação das estratégias esteja avançada. *“Conhecer serviços que já implantaram as estratégias, para verificar como realizaram e; se as ações podem ser replicadas” (H1E15); “Procurar outros serviços de saúde que já trabalham com a segurança do paciente para conhecer como foi o processo de implantação” (H2E1); “Sugiro que realizem visitas a outros hospitais que já implantaram ou que estão implantando as estratégias [de segurança do paciente], para conhecer como foi a construção, quais foram as barreiras enfrentadas [...]” (H4E13).*

Apesar da existência da normativa brasileira que orienta quanto à implantação do cuidado seguro, são necessárias visitas a outras organizações, com o intuito de conhecer outras realidades em que a prática da assistência segura não seja novidade. Essa prática, no mundo corporativo, denomina-se *Benchmarking*, o qual consiste na avaliação das organizações quanto às



melhores práticas gerenciais e/ou, organizacionais, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria (MORIARTY; SMALLMAN, 2009). Mediante a isso, ao conhecer outras realidades hospitalares, os enfermeiros gestores poderão realizar intervenções mais assertivas quanto à implantação das estratégias almejadas.

Nesta categoria, constata-se que os enfermeiros percebem a importância de a instituição realizar ações com diferentes escopos, com o intuito de agregar conhecimento que contribui ao processo de implantação das estratégias de segurança do paciente.

### **Ações organizacionais sistêmicas à efetividade das estratégias de segurança do paciente**

Os enfermeiros gestores sugerem que há necessidade de todos os colaboradores da organização estar envolvidos, de forma efetiva, com a segurança do paciente: “[...] desde os seguranças, técnicos que consertam equipamentos até a alta gestão precisam falar a mesma língua [...]” (H1E5); “[...] tem que ter o envolvimento, a sensibilização de toda parte administrativa e assistencial. Caso contrário não se consegue caminhar” (H1E17); “[...] é necessário que haja sintonia entre as direções, os líderes dentro da instituição. Todos têm que estar em sintonia, tem que querer implantar e fazer a cultura de segurança ser uma verdade dentro da instituição para depois, implantar as estratégias [de segurança do paciente]” (H4E7).

O envolvimento e a sintonia entre todos os profissionais da organização, sugeridos pelos enfermeiros, coaduna com a literatura (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2015) quando ressalta que a participação ativa de todas as categorias profissionais é importante para o sucesso da implantação de práticas seguras.

Isso porque, o trabalho integrado entre os colaboradores proporciona maior eficiência na solução de problemas e ao desenvolvimento de estratégias eficazes, com vista à assistência segura (BRASIL, 2013c).

Diante da necessidade da implantação das estratégias de segurança do paciente, é necessário que a alta gestão do hospital coloque esse assunto em pauta e exija de seus liderados o cumprimento de ações seguras, conforme conta nos seguintes trechos: *“As estratégias devem ser implantadas independente da vontade dos sujeitos, tem que ser algo que a Direção acredite ser importante e que estabeleça como diretriz da instituição, para ser alcançado”* (H3E2); *“A Diretoria deve incentivar a implantação das estratégias de segurança do paciente porque [as estratégias] perpassam pelo recurso financeiro [...]”* (H3E6).

O incentivo da alta gestão à implantação das estratégias de segurança do paciente é importante para que os profissionais percebam que a alta cúpula administrativa reconhece e apoia o desenvolvimento de práticas seguras. Nessa ótica, são crescentes as iniciativas para a assistência segura com o envolvimento de todos os profissionais da instituição, com destaque para o direcionamento da alta gestão (OLIVEIRA et al., 2014). Ademais, o apoio da alta administração à implantação de práticas seguras faz-se necessário porque fornecem subsídios financeiros, recursos humanos e determinam o delineamento dos processos institucionais para que os profissionais atuem ao cuidado seguro.

Nesta categoria, evidenciou-se que as ações organizacionais devem ser realizadas de forma sistêmica, compreendendo o envolvimento de todos os profissionais da instituição e também o apoio da alta gestão.

## CONCLUSÃO

Nesta investigação, obtiveram-se sugestões de enfermeiros gestores à implantação das estratégias de segurança do paciente. Dentre os apontamentos, constam: integração entre o NSP e a Assessoria de Gestão da Qualidade, parceria dos serviços de saúde com as instituições de ensino, apoio da alta administração e; educação em serviço.

Como principal limitação deste estudo, aponta-se o fato de as instituições investigadas ainda se encontrarem em fases (distintas) de implantação das estratégias de segurança do paciente. Apesar disso, os seus resultados fornecem subsídios para a tomada de decisão de gestores que almejam a efetivação de tais estratégias.

Cabe aludir, por fim, que novos estudos relacionados com a segurança do paciente são necessários, principalmente aqueles voltados à constatação do impacto das ações educacionais na promoção do cuidado seguro.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. P. S.; OLIVEIRA, A. C. Contribuições do programa “cirurgias seguras salvam vidas” na assistência ao paciente cirúrgico: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7448-7457, 2015.

BARBATO, R. G.; CORRÊA, A. K.; SOUZA, M. C. B. M. Aprender em grupo: experiência de estudantes de Enfermagem. **Esc. Anna Nery: Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 48-55, 2010.

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

BRASIL. 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, DF, n. 61, abr. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 nov. 2013b. Seção 1, p. 77.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF, 2013c.

GIORDANI, J. N.; BISOGNO, S. B. C.; SILVA, L. A. A. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 511-516, 2012.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Segurança do paciente: abordando um antigo problema. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 208-209, abr./ jun. 2013.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human**: building a safer health system. Washington, D. C.: Institute of Medicine/National Academy Press, 2000. Disponível em:  
<<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>>.  
Acesso em: 20 Apr. 2015.

MANSO, A. et al. Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. **Rev. Port. Salud Pub.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 116-122, 2011.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n.1, p. 46-51, 2013.

MARIN, M. J. S. et al. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 967-974, 2014.

MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1431-1444, 2014.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, out./dez. 2013.

MORIARTY, J.; SMALLMAN, C. En route to a theory of benchmarking. **Benchmarking**: Int. J., London, v. 16, no. 4, 2009.

MOURA, M. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 523-535, 2012.

- OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Esc. Anna Nery**: Rev. Enferm., Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.
- PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev. Port. Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 10, p. 74-80, 2010.
- QUEIROZ, A. C. S.; ALBUQUERQUE, L. G.; MALIK, A. M. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. **R. Adm.**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 658-670, out./dez. 2013.
- 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, Rio de Janeiro, 2013.
- SANTANA, H. T. et al. A segurança do paciente cirúrgico na perspectiva da vigilância sanitária: uma reflexão teórica. **Vig Sanit Debate**, Brasília, DF, v. 2, n. 2, p. 34-42, 2014.
- TARTAGLIA, R. et al. Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani. **Epidemiol. Prev.**, Milano, v. 36, n. 3/4, p. 151-161, 2012.
- TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TOKAHASHI, R. T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 71-84.
- WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Geneva, 2009. Final Technical Report and Technical Annexes. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2015.
- YOSHIKAWA, J. M. et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 21-29, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/05.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou apreender a percepção dos enfermeiros gestores acerca da implantação das estratégias de segurança do paciente. Dentre os resultados, constatou-se que, na percepção dos participantes, diversas estratégias foram realizadas, tais como o desenvolvimento da cultura de segurança, a formação do NSP, bem como ações para a sensibilização dos colaboradores/trabalhadores.

Os participantes também apontaram que a integração do NSP à Assessoria da Gestão da Qualidade, o envolvimento e capacitação de todos os profissionais da instituição e o apoio da alta gestão são ações necessárias à implantação efetiva das estratégias seguras.

Como limitação desta pesquisa considera-se a realização de entrevistas apenas com enfermeiros gestores. Contudo, os seus resultados fornecem informações relevantes para a tomada de decisão de gestores que planejam o desenvolvimento de estratégias seguras, pois apresenta a percepção de profissionais que, efetivamente, vivenciam a implantação/discussão das estratégias que têm como foco a segurança do paciente. Também aponta-se como limitação o fato de as instituições investigadas ainda se encontrarem em fases (distintas) de implantação das estratégias de segurança do paciente.

Cumprе ressaltar a necessidade da inclusão da temática segurança do paciente nos diferentes níveis de formação em saúde e também, nos serviços que prestam à saúde para que a ocorrência de riscos e/ou danos ao paciente seja sempre prevenida/minimizada.

Com o apoio dos dados desta pesquisa, novos estudos poderão ser realizados, como aqueles voltados à apreciação do impacto da implantação das estratégias para o paciente, aos profissionais e à instituição, mas também ao sistema de saúde.

## 9 IMPLICAÇÕES À PRÁTICA, AO ENSINO E À PESQUISA EM ENFERMAGEM

Em relação à **pesquisa**, pontua-se que os achados deste estudo podem instigar enfermeiros, gestores ou não, ao desenvolvimento de pesquisas relacionadas à segurança do paciente ou, mais especificamente, à análise dos indicadores de qualidade assistenciais referentes às estratégias implantadas.

No que tange ao **ensino**, a implantação das estratégias de segurança do paciente tende a proporcionar assistência segura e de qualidade. Portanto, faz-se necessário que nos cursos de enfermagem, em todos os níveis (técnico, graduação e pós-graduação) no campo da teoria e da prática, o tema deste estudo seja abordado de forma sistemática e contínua.

Por fim, no âmbito da **prática**, cogita-se que os resultados deste estudo podem contribuir para que os profissionais sejam mais assertivos no planejamento, execução e monitoramento das estratégias voltadas para o atendimento seguro.



## REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ**, London, v. 344, p. e1717, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

ALKHENIZAN, A.; SHAW, C. Impact of accreditation on the quality of health care services: a systematic review of the literature. **Ann. Saudi Med.**, Riyadh, v. 31, no. 4, p. 407-416, Jul./Aug. 2011.

ARAÚJO, M. P. S.; OLIVEIRA, A. C. Contribuições do programa “cirurgias seguras salvam vidas” na assistência ao paciente cirúrgico: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7448-7457, 2015.

BARBATO, R. G.; CORRÊA, A. K.; SOUZA, M. C. B. M. Aprender em grupo: experiência de estudantes de Enfermagem. **Esc. Anna Nery: Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 48-55, 2010.

BARBOSA, L. R.; MELO, M. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 3, p. 366-370, maio/jun. 2008.

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

BASSUNI, E. M.; BAYOUMI, M. M. Improvement critical care patient safety: using nursing staff development strategies, at Saudi Arabia. **Glob J. Health Sci.**, Toronto, v. 7, no. 2, p. 335-343, Jan. 2015.

BECCARIA, L. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2009.

BOHOMOL, E.; TARTALI, J. A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 376-381, 2013.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jun.1986. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm>>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. 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, DF, n. 61, abr. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 nov. 2013b. Seção 1, p. 77.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF, 2013c.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 1, p. 97-103, 2012.

CARVALHO, P. S. Cultura e mudança organizacional: compreendendo o indivíduo na organização. **Psicologia. Pt.**, Porto, 2015. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0893.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2015.

COLI, R. C.; ANJOS, M. F.; PEREIRA, L. L. The attitudes of nurses from an Intensive Care Unit in the face of errors: an approach in light of bioethic. **Rev. Latino Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 324-330, 2010.

CORBELLINI, V. L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 241-247, 2011.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approach to its assessment**. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980.

DUARTE, S. C. M. et al. Adverse events and safety in nursing care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

FORTES, M. T.; MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. Accreditation or accreditations? A comparative study about accreditation in France, United Kingdom and Cataluña. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 239-246, mar./abr. 2011.

FOURCADE, A. et al. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. **BMJ: Qual. Saf.**, London, v. 21, no. 3, p. 191-197, Mar. 2012.

FRANÇOLIN, L. et al. Patient safety management from the perspective of nurses. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015.

FREIRES, D. A. N. et al. Resistência à mudança organizacional: perspectiva valorativa e organizacional. **Psico.**, Porto Alegre, v. 45, n. 4, p. 513-523, out./dez. 2014 .

GABRIEL, C. S. et al. Qualidade na assistência de enfermagem hospitalar: visão de alunos de graduação. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 529-535, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GIORDANI, J. N.; BISOGNO, S. B. C.; SILVA, L. A. A. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 511-516, 2012.

GONÇALVES, L. A. et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 46, p. 71-77, 2012.

GONDIM, S. M. G.; PEREIRA, C. R. Evidências de uma avaliação de medida de características pessoais de regulação de emoções. **Psychol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 659-667, 2015.

GUIMARÃES, A. T. et al. Gerenciamento do pessoal de enfermagem com estabilidade no emprego: percepção de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 905-911, 2011.

GUZZO, G. M.; GUIMARÃES, S. M.; MAGALHÃES, A. M. M. Efeitos e desafios da implantação de um sistema de verificação de segurança cirúrgica: revisão integrativa. **J. Nurs. Health**, Pelotas, v. 4, n. 2, p. 155-164, 2014.

HASLAM, S.; PENNINGTON, R. Reducing resistance to change and conflict: a key to successful leadership. **Resource Int.**, [S.l.], v. 1, p. 3-11, 2010. Disponível em: <[http://www.w.resource-i.com/PDFs/Leadership\\_series1.pdf](http://www.w.resource-i.com/PDFs/Leadership_series1.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2015.

HAYNES, A. B. et al. For the Safe Surgery Saves Lives Study Group. **New England J. Med.**, London, v. 360, n. 16, p. 491-499, 2009.

IJKEMA, R. et al. What impedes and what facilitates a quality improvement project for older hospitalized patients? **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 26, no. 1, p. 41-48, Feb. 2014.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Segurança do paciente: abordando um antigo problema. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 208-209, abr./ jun. 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century**. Washington, DC: National Academies Press, 2001.

JOHNSON, H. L.; KIMSEY, D. Patient safety: break the silence. **AORN J.**, Denver, v. 95, no. 5, p. 591-601, May 2012.

KIM, T. G.; HORNUNG, S.; ROUSSEAU, D. M. Change supportive employee behavior: antecedent and the moderating role of time. **J. Management**, [S.l.], v. 37, p. 1664-1693, 2011.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington, D. C.: Institute of Medicine/National Academy Press, 2000. Disponível em: <<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>>. Acesso em: 20 Apr. 2015.

LIMA, R. P. M.; MELLEIRO, M. M. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário. **REME: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 312-321, 2013.

MANSO, A. et al. Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. **Rev. Port. Salud Pub.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 116-122, 2011.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. 1, p. 46-51, 2013.

MARIN, M. J. S. et al. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 967-974, 2014.

MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1431-1444, 2014.

MAXFIELD, D. G. et al. Confronting safety gaps across labor and delivery teams. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, St. Louis, v. 209, no. 5, p. 402-408, Nov. 2013.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, out./dez. 2013.

MENDES, G. H. S.; MIRANDOLA, T. B. S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gest. Prod.**, São Carlos, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/2015nahead/0104-530X-gp-0104-530X1226-14.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

MENDES JÚNIOR, W. V. et al. **Qualidade de Serviços de Saúde no SUS (Qualisus)**: uma contribuição para a gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS. Brasília, DF: [s.n.], 2013.

MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, set./out. 2013.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MINAYO, M. C. S. et al. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 21-22.

MORIARTY, J.; SMALLMAN, C. En route to a theory of benchmarking. **Benchmarking**: Int. J., London, v. 16, no. 4, 2009.

MOTTA FILHO, G. R. et al. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Rev. Bras. Ortop.**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 554-562, 2013.

MOURA, M. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 523-535, 2012.

NERY, V. F.; NEIVA, E. R. Variáveis de contexto e respostas à mudança organizacional: testando o papel mediador das atitudes. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, DF, v. 31, n. 2, p. 259-268, abr. 2015.

NG, G. K. B. et al. Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. **Hong Kong Med. J.**, Hong Kong, v. 19, no. 5, p. 434-446, Oct. 2013.

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. **REME: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 216-220, 2013.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. Acreditação: possibilidade para o avanço na gestão da qualidade em saúde e em enfermagem? **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 993-994, abr./jun. 2015.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Esc. Anna Nery**: Rev. Enferm., Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

OÑA, P. M. P. **Are there differences in patient safety between different countries using the HSOPSC?** 2012. Master (Public Health)–Copenhagen University, Copenhagen, 2012. Disponível em: <[http://mph.ku.dk/uddannelsen/master/afhandlinger/mph\\_2012/Pamela\\_Padilla.pdf](http://mph.ku.dk/uddannelsen/master/afhandlinger/mph_2012/Pamela_Padilla.pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde.** Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Produto/74/Manual-Brasileiro-de-Acreditacao-Organizacoes-Prestadoras-de-Servicos-de-Saude-Versao-2014>>. Acesso em: 17 maio 2015.

PANCIERI, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.

PETERLINI, F. L.; SAES, A. C. Culpa: cultura de não punição e accountability na assistência à saúde. In: FONSECA, A. S. et al. **Segurança do paciente.** São Paulo: Ed. Martinari, 2014. p. 78-98.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev. Port. Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 10, p. 74-80, 2010.

QUEIROZ, A. C. S.; ALBUQUERQUE, L. G.; MALIK, A. M. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. **R. Adm.**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 658-670, out./dez. 2013.

QUES, A. A. M.; MONTORO, C. H.; GONZÁLEZ, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, maio/jun. 2010. [08 telas] Tela 46.

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente:** manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: Edipucrs, 2013.

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, Rio de Janeiro, 2013.

REIS, C. T. Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente:** criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 75-99.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

RIGON, A. G.; NEVES, E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 812-817, 2011.

ROBBINS, S. P.; JUDGE, T. A.; SOBRAL, F. **Comportamento organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro**. 14. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. **Esc. Anna Esc. Nery: Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, no. 1, p. 121-127, jan./mar. 2012.

SANTANA, H. T. et al. A segurança do paciente cirúrgico na perspectiva da vigilância sanitária: uma reflexão teórica. **Vig Sanit Debate**, Brasília, DF, v. 2, n. 2, p. 34-42, 2014.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://corensp.gov.br/sites/default/files/10\\_passos\\_seguranca\\_paciente.pdf](http://corensp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2015.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 422, 2010. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n3/v12n3a01.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a01.htm)>. Acesso em: 15 jan. 2015.

SILVA, L. D. Segurança do paciente no contexto hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 291-292, 2012.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M.; CARRASCO, M. E. L. Participação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 93-99, 2014.

SOUZA, S. et al. Utilização de estratégias de segurança na identificação da criança para administração de medicamentos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 6-11, 2014.

TARTAGLIA, R. et al. Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani. **Epidemiol. Prev.**, Milano, v. 36, n. 3/4, p. 151-161, 2012.

TOFFOLETTO, M. C.; RUIZ, X. R. Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes em los cuidados de enfermería. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1099-1007, 2013.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TOKAHASHI, R. T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 71-84.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná**. Londrina, 2015. Disponível em: <<http://www.hu.uel.br/index.php?pagina=29&pai=7>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ. **Hospital Universitário de Maringá**. Maringá, 2015. Disponível em: <<http://www.hum.uem.br/?pg=ohospital>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ. **Hospital Universitário do Oeste do Paraná**. Londrina, 2015. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/huop/>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Hospital de Clínicas**. Curitiba, 2015. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=node/83>>. Acesso em: 2 dez. 2015.

VARGAS, M. A. O.; LUZ, A. M. H. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v.1, n.1, p. 23-27, 2010.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WILSON, R. M. et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. **BMJ**, London, v. 344, p. e832, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e832.full.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Avaliação dos Programas de Saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional de saúde**. Genebra, 1981. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000122&pid=S0034-7167200900020001000001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000122&pid=S0034-7167200900020001000001&lng=en)>. Acesso em: 12 jul. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009**. Geneva, 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Check lists save lives. **Bull. World Health Organ.**, Geneva, v. 86, no. 7, p. 501-502, 2008b. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647491/>>. Acesso em: 12 jul. 2015.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Geneva, 2009. Final Technical Report and Technical Annexes. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**. Geneva, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Patient Safety**. Geneva, 2013. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/topics/patient_safety/en/)>. Acesso em: 23 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Patient Safety Policy in the African Region**. Geneva. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/webinars/en/>>. Acesso em: 21 abr. 2015a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global priority areas for patient safety research**. Geneva. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/research/priority\\_setting/en/](http://www.who.int/patientsafety/research/priority_setting/en/)>. Acesso em: 21 abr. 2015b.

YOSHIKAWA, J. M. et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n.1, p. 21-29, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/05.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

YURI, N. E.; TRONCHIN, D. M. R. Qualidade assistencial na divisão de enfermagem materno-infantil de um hospital universitário na ótica de enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 331-338, 2010.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Solicitação de autorização para o desenvolvimento da  
pesquisa**

Maringá-PR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Ao Hospital \_\_\_\_\_,  
A/C Senhor Diretor \_\_\_\_\_,

Vimos, por meio desta, solicitar autorização para realização do Projeto de Pesquisa “GESTÃO EM SAÚDE/ENFERMAGEM: QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS”, orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Laura Misue Matsuda, do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

O objetivo geral desta pesquisa consiste em investigar acerca da (in)segurança do paciente em instituições hospitalares de ensino paranaenses. Com isso, espera-se que os resultados obtidos possam contribuir para eventuais ações de melhorias na qualidade da assistência prestada ao cliente/paciente.

O detalhamento das informações encontra-se disposto no documento anexo, mas mediante alguma dúvida, estaremos à vossa disposição para prestar maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda – UEM

**APÊNDICE B – Solicitação de Organograma**

Maringá - Pr., \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2015.

Ao Hospital \_\_\_\_\_,

A/C Senhor Diretor \_\_\_\_\_,

Por meio desta solicito a cópia do Organograma do Hospital \_\_\_\_\_ para que seja possível desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “Gestão em saúde/enfermagem: qualidade e segurança do paciente em Hospitais Universitários”, o qual já foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (COPEP), da Universidade Estadual de Maringá, sob n.º 866.802 e C.A.A.E. n.º 32206414.6.1001.0104.

A presente solicitação se justifica em função da necessidade de selecionar os enfermeiros gestores da instituição e, posteriormente, realizar contato por telefone e/ou correio eletrônico, para que a pesquisadora forneça informações referentes ao objetivo do estudo, técnica de coleta de dados e implicações éticas. Mediante o aceite informal, dos enfermeiros, a entrevista será agendada de acordo com a disponibilidade de cada participante.

---

**Gislene Ap. Xavier dos Reis**  
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Estadual de Maringá

---

**Profª. Drª. Laura Misue Matsuda**  
Orientadora - Universidade Estadual de Maringá

**APÊNDICE C – Convite para participar da pesquisa**

\_\_\_\_\_ -PR, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2015.

Prezado(a) enfermeiro(a) \_\_\_\_\_.

Meu nome é Gislene. Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá e estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como objetivo “Aprender como os enfermeiros gestores percebem a implantação das estratégias para segurança do paciente”. Para isso, solicito a sua colaboração no sentido de conceder-me uma entrevista para viabilizar esta investigação, com intuito de auxiliar outras instituições de saúde a planejarem e a implantarem estratégias para a segurança do paciente.

Comunico que estarei no Hospital \_\_\_\_\_, nos dias \_\_\_\_\_, no período entre às 8h00min as 12h00min e das 13h00min as 18h00min. Caso o senhor/senhora aceite participar, gostaria de saber qual o melhor dia e horário para realizarmos a entrevista.

Anexos seguem as cópias do Projeto de Pesquisa, da Autorização do Hospital e do Parecer “Favorável” emitido pelo do Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Copep), da Universidade Estadual de Maringá, para que você/senhor/senhora se certifique da aprovação deste estudo.

Atenciosamente,

---

**Gislene Ap. Xavier dos Reis**  
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PSE)  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

## **APÊNDICE D – Checklist para realização da entrevista com enfermeiros gestores**

Materiais para a entrevista:

- Cópia da autorização do hospital para realizar a pesquisa;
- Cópia da aprovação do Copep;
- Cópia do projeto de pesquisa;
- Cópias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido;
- Cópias do formulário sociodemográfico;
- Diário de Campo;
- Cópia do Organograma da instituição;
- Agenda das entrevistas;
- Dois gravadores digitais;
- Canetas;
- Régua;
- Folhas para rascunho.

Antes de iniciar a entrevista, organizar o local, conferir se os dois gravadores digitais estão funcionando adequadamente e se há memória suficiente nos mesmos.

### **Roteiro para a coleta de dados**

1. Cumprimentar o participante;
2. Explicitar de maneira sucinta o objetivo do trabalho, a técnica de coleta de dados e as implicações éticas. Caso necessário, esclarecer as dúvidas;
3. Agradecer a participação voluntária do participante;
4. Entregar o TCLE. Solicitar que o participante proceda à leitura e, caso aceite participar da pesquisa, assine as duas vias;
5. Entregar uma via do TCLE assinada ao participante;
6. Solicitar para que o participante preencha o formulário com dados sociodemográficos e laborais;
7. Caso necessário, esclarecer dúvidas;
8. Informar o participante que irá ligar os gravadores digitais;
9. Ligar os gravadores digitais;
10. Iniciar a entrevista, falando o número da entrevista e o número do hospital;
11. Ao finalizar a entrevista, agradecer a participação voluntária do participante;
12. Desligar os dois gravadores digitais;
14. Após a entrevista, realizar anotações no Diário de Campo.

## APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Caro(a) Senhor(a).

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “Gestão em Saúde/Enfermagem: Qualidade e Segurança do Paciente em Hospitais Universitários”, orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Laura Misue Matsuda, da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo geral da pesquisa é investigar acerca da (in)segurança do paciente em instituições hospitalares de ensino paranaenses. A sua participação é muito importante, mas, para isso, é necessário que o(a) senhor(a) realize a leitura e a assinatura deste Termo de Consentimento para que, em seguida, responda a algumas perguntas, que serão gravadas.

Informamos que, apesar de não estarem previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis, advindos da sua participação neste estudo, se acaso o (a) senhor(a) perceber que qualquer situação o incomoda, a entrevista será imediatamente encerrada sem que o(a) senhor(a) sofra qualquer sansão ou prejuízo.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo o(a) senhor(a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e que os resultados poderão ser apresentados em eventos e publicações científicas, porém reiteramos que serão tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Após três anos, todo o material coletado será descartado.

Quanto aos benefícios deste estudo, espera-se que a divulgação dos seus resultados impulse o conhecimento do panorama geral do Estado do Paraná sobre a segurança do paciente e que resulte em discussões junto às lideranças e trabalhadores das instituições que poderão se utilizar dos dados para implementar mudanças/melhorias no serviço. Caso o(a) senhor(a) tenha mais dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, por favor, entre em contato com a orientadora abaixo nominada, ou procure o Comitê de Ética em Pesquisas da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido e assinado em duas vias de igual teor e uma delas será entregue ao(à) senhor(a).

Eu,.....(nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido(a) e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laura Misue Matsuda.

\_\_\_\_\_ Data:../...../.....

Assinatura

Eu,\_\_\_\_\_ declaro que forneci ao participante da pesquisa acima nominada, todas as informações pertinentes.  
Data: \_\_/\_\_/\_\_.

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Laura Misue Matsuda (**Oreintadora**). Av. Colombo, 5770, BI 001

– UEM. Maringá – PR. Fone: (044) 3011- 4512. E-mail: [immatsuda@uem.br](mailto:immatsuda@uem.br)

Gislene Aparecida Xavier dos Reis (**Pesquisadora**). Rua Mario Manganoti, 377.

Maringá – PR. Fone: (044) 8803-2874. E-mail: [gislenereis@ymail.com](mailto:gislenereis@ymail.com)

Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá - UEM. Av. Colombo, 5770. CEP 87.020-900. Maringá - PR.

**Telefone:** (44) 3261-4444. **E-mail:** [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

**APÊNDICE F– Formulário de Caracterização Sócio-demográfica e Laboral do  
Enfermeiro Gestor**

Nº Entrevista\_\_\_\_\_/ Nº Hospital\_\_\_\_\_

**1. Sexo**

( ) Masculino

( ) Feminino

**2. Idade:** \_\_\_\_\_.

**3. Em qual ano você terminou o curso de graduação em enfermagem?**

R:\_\_\_\_\_.

**4. Qual o nível de sua escolaridade?**

( ) Especialização (incluindo residência). Qual área?  
\_\_\_\_\_.

( ) MBA. Qual área?  
\_\_\_\_\_.

( ) Mestrado. Qual área?  
\_\_\_\_\_.

( ) Doutorado. Qual área?  
\_\_\_\_\_.

( ) Pós-Doutorado. Qual área?  
\_\_\_\_\_.

**5. Você participou de palestras, encontros, simpósios e/ ou congressos que abordavam a temática segurança do paciente?**

( ) Sim. Qual foi o ano mais recente? \_\_\_\_\_

( ) Não.

( ) Não lembra.

**6. Há quanto tempo você atua nesta instituição de saúde?**

R:\_\_\_\_\_.

**7. Qual o seu cargo nesta instituição de saúde?**

R:\_\_\_\_\_.

**8. Há quanto tempo você atua neste cargo?**

R:\_\_\_\_\_.



**9. Qual o setor em que você atua (neste momento) nesta instituição de saúde?**

R: \_\_\_\_\_.

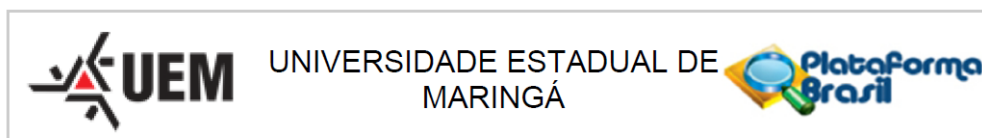
**10. Há quanto tempo você atua neste setor?**

R: \_\_\_\_\_.

*Obrigada pela participação.*

**ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** GESTÃO EM SAÚDE/ENFERMAGEM: QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

**Pesquisador:** Laura Misue Matsuda

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 32206414.6.1001.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.158.794

**Data da Relatoria:** 22/06/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

#### Objetivo da Pesquisa:

Investigar situações de insegurança do pacientes em hospitais de ensino superior no Paraná.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão sujeitos os participantes da pesquisa serão suplantados pelos benefícios apontados.

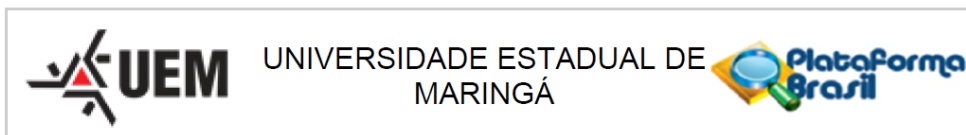
#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma emenda com respostas a pendências em numero de seis as quais foram devidamente respondidas e justificadas

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pelo responsável institucional. O cronograma de execução é compatível com a proposta enviada. Descreve gastos sob a responsabilidade do pesquisador. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contempla as garantias mínimas preconizadas. Apresenta as autorizações necessárias.

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
**Bairro:** Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4444 **Fax:** (44)3011-4518 **E-mail:** copep@uem.br



Continuação do Parecer: 1.158.794

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação da emenda ao protocolo de pesquisa.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

MARINGÁ, 24 de Julho de 2015

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Cesar Gardiolo**  
**(Coordenador)**

**ANEXO B – Consentimento Formal I****DECLARAÇÃO**

Declaro estar ciente e de acordo com a apresentação do projeto de pesquisa intitulado **GESTÃO EM SAÚDE/ENFERMAGEM: QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS**, sob a minha responsabilidade e supervisão, com a autoria das alunas Ingrid Mayara Almeida Valera e Gislene Aparecida Xavier dos Reis do curso de Mestrado em Enfermagem - UEM.

Declaro também que li e entendi a resolução 466/2012 MS, responsabilizando-me também pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, comprometendo-me a enviar ao CEP/HC, relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

Curitiba, 03 de junho de 2014.

  
-----  
Enfa. Denise Jorge Munhoz da Rocha

## ANEXO C – Consentimento Formal II



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA



PARANÁ  
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIRETORIA SUPERINTENDENTE

PARECER PROCESSO 2994 . 2014 . 64

À Pesquisadora  
Profa. Dra. Laura Misue Matsuda

Considerando o Projeto de Pesquisa com o título "GESTÃO EM SAÚDE/ENFERMAGEM: QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS", apresentado a esse Hospital, estando vinculado ao Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá - UEM,

Considerando o parecer favorável apresentado nas instâncias administrativas que envolvem a realização do estudo;

Considerando que o projeto deverá ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL para posterior operacionalização, atendendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde;

Vimos informar que somos de parecer favorável à sua realização, resguardando-se o atendimento da legislação vigente.

Solicitamos que, tão logo o Comitê de Ética emita parecer, essa Diretoria Superintendente seja notificada, para os procedimentos cabíveis relacionados à documentação da pesquisa.

Solicitamos também que, uma vez realizado o estudo, uma cópia seja apresentada a esta Diretoria, para ciência e divulgação.

Em 26/02/2014.

Profa. Dra. Margarida de Fátima Fernandes Carvalho  
Diretora Superintendente do HU

*Profa. Dra. Margarida de Fátima Fernandes Carvalho*  
Diretora Superintendente

## ANEXO D – Consentimento Formal III



Solicitação nº 008/2014

Requerente/Proponente: Gislene Ap. Xavier dos Reis

Solicitação: **Projeto de Pesquisa "Gestão em Saúde/Enfermagem: Qualidade e Segurança do Paciente em Hospitais Universitários.**

Docente Orientador: Laura Misue Matsuda

PARECER FAVORÁVEL:  SIM ( ) NÃO

*Magda Lúcia Felix Oliveira*  
Profª Drª Magda Lúcia Felix Oliveira  
Superintendente

A solicitação será encaminhada a COREA e à Superintendência do HUM, e autorizado. O seu início está condicionado à aprovação do Comitê Permanente de Ética Envolvendo Seres Humanos. Após aprovação deverá retornar ao Centro de Assessoria Técnica Científica para liberação e agendamento prévio ao setor de interesse do requerente.

## ANEXO E – Consentimento Formal IV



**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ  
 Av. Tancredi Neves, 3226 – Fone/Fax: (045) 3331-5151.  
 Bairro Santo Onofre – CEP: 85.806-470 – Cascavel – Paraná

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES ACADÊMICAS NO HUOP

Autorizo o desenvolvimento da atividade no HUOP, conforme descrição abaixo:

Título: GESTÃO EM SAÚDE/ENFERMAGEM: QUALIDADE E SEGURANÇA DO  
 PACIENTE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Pesquisador Responsável: Laura Misue Matsuda

Instituição de Ensino: Universidade Estadual de Maringá

<p><b>ÁREA AFIM - HUOP</b></p> <p>Ciente, de acordo.</p> <p>Cascavel, 20 de fevereiro de 2014.</p> <p></p> <p>Assinatura e Carimbo do Responsável          pelo(s) setor(s)</p> <p>Maria Aparecida Andriolo Richetti          Diretora de Enfermagem HUOP          COREN 44924          Portaria nº 4111/2012</p>
--

**OBS.:** quando a atividade envolver seres humanos, o início desta fica condicionado à apresentação de cópia do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Cascavel, 20 de fevereiro de 2014.

  
 Assinatura e Carimbo - Diretor Pedagógico

Prof. Dra. Carla Salama de Oliveira Brade  
 CRM/PR 14795  
 Diretora Pedagógica do HUOP  
 Portaria nº 684-2013-GR