



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UEA/UFSC**

Manoel Luiz Neto

**IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO
PACIENTE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS:
UMA ANÁLISE À LUZ DA ERGOLOGIA**

**Florianópolis/SC
2018**

Manoel Luiz Neto

**IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO
PACIENTE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS:
UMA ANÁLISE À LUZ DA ERGOLOGIA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Francine Lima Gelbecke, Dr^ª.

**Florianópolis/SC
2018**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Luiz Neto, Manoel

L952i Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente em Hospitais Universitários: uma análise à luz da ergologia /, Manoel Luiz Neto; Orientador, Francine Lima Gelbcke. - Florianópolis, SC, 2018.

263p.

Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências.

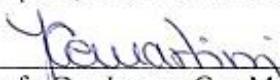
1. Enfermagem. 2. Núcleo de Segurança do Paciente. 3. Cultura de Segurança do Paciente. 4. Protocolos de Segurança do Paciente. 5. Processo de Trabalho. 6. Hospitais Universitários. 7. Ergologia. I. Gelbcke, Francine Lima. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Manoel Luiz Neto

**IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA
DO PACIENTE EM HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS: UMA ANÁLISE À LUZ DA
ERGONOMIA**

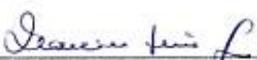
Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de
“Doutor em Enfermagem” e aprovada em sua forma final pelo
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 29 de Novembro de 2018.



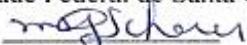
Prof.ª Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

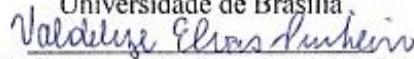


Prof.ª Dr.ª Francine Lima Gelbeke
Orientadora

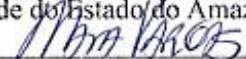
Universidade Federal de Santa Catarina



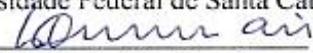
Prof.ª Dr.ª Magda Duarte dos Anjos Scherer
Universidade de Brasília



Profa. Dra. Valdelize Elvas Pinheiro
Universidade do Estado do Amazonas



Profa. Dra. Mara Ambrosina de O. Vargas
Universidade Federal de Santa Catarina



Enfa. Dra. Luizita Henckemaier
HUFSC

Dedico a Yves Schwartz, o pai da ergologia, que me ensinou a valorizar cada vez mais a atividade do trabalhador da saúde que ressignifica a sua ação laboral diariamente. Tive a felicidade de beber na fonte da ergologia.

Dedico a todos os usuários do sistema público de saúde vítimas de eventos adversos com danos causados por sistemas de saúde inseguros, por profissionais sem preparo e pela ausência de políticas de saúde que atenda igualmente a toda a população.

Dedico a todos os profissionais de saúde dos Hospitais Universitários, especialmente dos núcleos de segurança do paciente HUGV e HUUFSC que realmente são comprometidos, se dedicam e lutam diariamente por um sistema de saúde seguro e pela promoção de melhores práticas hospitalares.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e saúde, Senhor e criador de todas as coisas, que nos inspira, nos ilumina e nos recria diariamente, nos permite descortinar, inventar, inovar, sonhar com uma sociedade humanizada, comprometida com a vida, com os direitos humanos, sociais, políticos, com a promoção da saúde, com a Segurança do paciente na Atenção Primária, Secundária e Terciária e a construção de um modelo educacional libertador capaz de empoderar o cidadão e a cidadã brasileira para transformar o seu meio. Obrigado Senhor!

Á minha linda, amada, querida, iluminada e educadora MÃE, a Dona Iêda (in memoriam) por sua sabedoria, sua ética, sua disciplina, seu caráter, sua honestidade, sua religiosidade, suas habilidades, seu empreendedorismo, seu poder transformador, seu engajamento comunitário, sua dedicação aos pobres e necessitados da comunidade, sua articulação com as comadres e que me ensinou com o seu exemplo a lutar por uma sociedade mais justa, fraterna e solidária. Obrigado minha MÃE!

Ao meu lindo, querido, saudoso e amado PAI - seu Chico - Francisco Luiz da Silva (in memoriam) que veio do nordeste brasileiro para trabalhar como capataz da borracha nos seringais da Amazônia e nos ensinou pela disciplina valorizar as pequenas coisas da vida. Obrigado meu PAI!

Aos meus irmãos e irmãs Ivonnea (*in memoriam*), Ivanda, Ivanete, Ivaneide, Iêda, Ivanilce, Maurílio, Irlêda e Moisés, pelo exemplo de caráter, dedicação e fidelidade aos ensinamentos dos nossos pais. Obrigado meus queridos irmãos e irmãs! Perdoem minha distância e ausências. Amo a todos!

Á minha querida e amada família, Edsandra, Emanuelle Caroline, Sophia Gabrielle e Luigi Brunno, que na minha ausência souberam superar a distância e a ausência com serenidade, união e apoio. Amo muito vocês. Obrigado!

Á minha orientadora, Profa. Francine Lima Gelbcke, que me ensinou tudo sobre ergologia, possuidora dos saberes investidos e

constituídos, por sua sabedoria e simplicidade conduziu o nosso trabalho com segurança e domínio, corrigindo, alertando, buscando objetividade e me acolhendo como uma mãe sábia e comprometida com o seu trabalho. Obrigado professora Francine, por sua dedicação e empenho nesse nosso trabalho e que Deus abençoe a senhora e sua família. Obrigado!

Aos Integrantes da Banca: Profa. Dra. Francine Lima Gelbcke; Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer; Profa. Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas; Profa. Dra. Valdelize Elvas Pinheiro; Dra. Luizita Henckemaier; Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos e Profa. Dra. Edinilza Ribeiro dos Santos, agradeço pela disponibilidade de participar da Banca, pela leitura deste estudo, pelas sugestões e contribuições. Muito obrigado!

Ao meu segundo pai Dr. Edson (in memoriam) sua persistência, dedicação e coragem, caboclo do interior dedicado à família e ao trabalho e a Dona Sandra, minha segunda Mãe, por todo o seu carinho e amor à nossa família. Obrigado por tudo!

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina, através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a secretária, especialmente às Professoras do Programa que contribuíram com o nosso processo formativo, pela generosidade e apoio nesta caminhada, especialmente às Professoras Flávia e Vânia que coordenaram todo o processo de concretização do Doutorado Interinstitucional. Muito Obrigado!

À minha querida Universidade Estadual do Amazonas, Escola de Ciências da Saúde e ao Curso de Graduação em Enfermagem, minha eterna gratidão pelo investimento na nossa formação, espero retribuir formando profissionais qualificados para o mercado de trabalho na área da saúde. Muito Obrigado!

Aos colegas do Dinter: Aldalice, Sônia, Lihsieh, Geane, Darlison, Mirian, Malu, Lilian, Lílian, Cássia, Elielza, Jucimary, Gisele, Fabíola, Cheila, Fernanda, Iracema e a nossa solícita coordenadora do Dinter em Manaus, Professora Edinilza Ribeiro. Muito obrigado pela caminhada!

Aos professores da disciplina Fundamentos de Assistência ao Paciente e Enfermagem e Segurança do Paciente que me apoiaram e me substituíram na minha ausência: Professoras Eliana, Selma, Anete, Fabíola, Amélia e a Professora Adriany Pimentão. Minha eterna gratidão!

Aos professores do Comitê de Ética em Pesquisa que cumpriram com minhas obrigações como coordenador do CEP, especialmente ao Prof. Dr. Domingos Sávio, que assumiu a coordenação do CEP na minha ausência, à senhora Ione Dantas secretária e à senhora Lúcia Maués representante dos usuários e a todos os membros do CEP da UEA. Muito Obrigado!

Aos colegas do Grupo Práxis, de modo especial a Professora Denise Pires e a minha amiga Lara, que estiveram presentes em vários momentos do nosso trabalho e aos professores do Práxis, que me acolheram com muito carinho, obrigado a todos e todas e Parabéns ao Práxis pelos 25 anos de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem.

Agradeço às enfermeiras coordenadoras dos Núcleos de Segurança do Paciente de Manaus e Florianópolis, Luciana e Luizita e a todos os membros dos NSP, que abriram as portas dos núcleos e da instituição para que pudéssemos realizar o nosso estudo. Obrigado por tudo!

Estendo meus agradecimentos aos meus alunos e alunas da iniciação científica Lie e Thays, da monitoria e dos cursos da Medicina, Odontologia e Enfermagem. Muito obrigado a todos!

*“Senhor, fazei-me instrumento de vossa paz.
Onde houver ódio, que eu leve o amor;
Onde houver ofensa, que eu leve o perdão;
Onde houver discórdia, que eu leve a união;
Onde houver dúvida, que eu leve a fé;
Onde houver erro, que eu leve a verdade;
Onde houver desespero, que eu leve a
esperança;
Onde houver tristeza, que eu leve a alegria;
Onde houver trevas, que eu leve a luz.*

*Ó Mestre, Fazei que eu procure mais
consolar, que ser consolado; compreender,
que ser compreendido; amar, que ser amado.
Pois é dando que se recebe, é perdoando que
se é perdoado, e é morrendo que se vive para
a vida eterna”.*

São Francisco de Assis

LUIZ NETO, Manoel. **Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente em Hospitais Universitários**: uma análise à luz da ergologia. 2018. 263p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

Orientadora: Prof^a Dr^a Francine Lima Gelbcke

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar aspectos organizacionais, administrativos e assistenciais dos núcleos de segurança do paciente nos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade Federal do Amazonas (HUUFSC/HUGV), a partir da percepção dos profissionais de saúde, sob a perspectiva da ergologia. Trata-se de estudo qualitativo, exploratório-descritivo. A amostragem foi intencional, com os membros dos núcleos de segurança do paciente e equipe multiprofissional das Clínicas Médica, Cirúrgica e UTI. A coleta dos dados ocorreu entre setembro de 2017 e julho de 2018, com as seguintes etapas: análise dos documentos; observação do serviço; entrevistas com os membros dos núcleos de segurança e equipe multiprofissional (41 no total) e grupo focal. A análise iniciou-se após validação dos conteúdos relevantes. Adotou-se o modelo de organização dos dados utilizando o software Atlas.t.i. 7.5.1, que consta de 3 fases: pré-análise, que consiste na criação e salvamento da unidade hermenêutica e inserção dos documentos primários selecionados; exploração do material com seleção dos fragmentos, criação dos códigos, agrupamento em famílias e criação das famílias; e a interpretativa, norteada pelo referencial teórico da ergologia. As diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos foram rigorosamente observadas. Os resultados evidenciam que a equipe do núcleo encontrou ambiente favorável nos hospitais, possibilitando discutir o processo de implantação das políticas de segurança do paciente priorizadas pela gestão e desenvolvidas pelo núcleo de segurança. Os hospitais aderiram gradativamente às estratégias estabelecidas nos programas de segurança do paciente, promovendo um novo modelo de gestão de cuidado e o desenvolvimento de medidas às melhores práticas. A cultura de segurança do paciente incorporada pelos profissionais e a implantação dos protocolos de segurança permitiram a redução dos eventos adversos, determinada pela mudança de postura dos profissionais e confrontada com os resultados registrados pelos núcleos por meio dos indicadores de qualidade de saúde dos hospitais. Os HUs enfrentam também desafios no processo, sendo necessária a otimização das

tecnologias disponíveis para a implementação do cuidado, resolutividade nas ações de reparo, manutenção e aquisição de novas tecnologias do cuidado. A tecnologia que precisa ser implementada com maior urgência é o prontuário eletrônico, utilizado também como ferramenta de controle, tendo todos os dados do paciente e que permita à equipe o acesso e o registro de suas ações. Infere-se que a principal mudança constatada e confirmada pelos profissionais da saúde foi a mudança conceitual sobre cultura de segurança do paciente, que gerou atitude comprometida, aderência confirmada pela práxis, na atividade diária, nas micro escolhas, na história real de cada profissional e da instituição, sendo que profissionais qualificados, preparados e comprometidos incorporam com mais efetividade e competência as mudanças. A ergologia contribuiu para a compreensão das dramáticas do uso de si por si e pelos outros, as aderências e desaderências e renormalizações que emergiram do estudo. A instituição acertou ao investir na formação e qualificação profissional, o que impacta na qualidade da prestação do serviço, sendo que a ergologia possibilitou compreender e analisar a atividade do trabalhador em saúde provido dos saberes constituídos e dos saberes investidos.

Palavras-Chave: Núcleo de Segurança do Paciente. Cultura de Segurança do Paciente. Protocolos de Segurança do Paciente. Processo de Trabalho. Hospitais Universitários e Ergologia.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze organizational, administrative and care aspects of patients' safety nucleus in the University Hospitals of the Federal University of Santa Catarina and the Federal University of Amazonas (HUUFSC / HUGV), based on the perception of health professionals under the perspective of ergology. This is a qualitative, exploratory-descriptive study. The sampling was intentional, with the members of the patient safety nuclei and multiprofessional team of the Medical, Surgical and UTI Clinics. Data collection took place between September 2017 and July 2018, with the following steps: document analysis; service observation; interviews with members of the security nuclei and multiprofessional team (41 in total) and focus group. The analysis began after validation of the relevant contents. The analysis model was adopted using Atlas.ti software. 7.5.1, which consists of three phases: pre-analysis, which consists of creating and saving the hermeneutical unit and inserting the selected primary documents; exploration of the material with selection of fragments, creation of codes, grouping in families and creation of families; and the interpretative one, guided by the theoretical reference of ergology. The ethical guidelines of human research were rigorously observed. The results show that the core team found a favorable environment in hospitals, making it possible to discuss the implementation process of patient safety policies prioritized by management and developed by the safety nucleus. Hospitals gradually adhered to the strategies established in patient safety programs, promoting a new model of care management and developing best practice measures. The patient safety culture incorporated by the professionals and the implementation of the safety protocols allowed the reduction of adverse events, determined by the change in the posture of the professionals and confronted with the results recorded by the nuclei through the health quality indicators of the hospitals. HUs also face challenges in the process, requiring the optimization of the available technologies for the implementation of care, resolution in the actions of repair, maintenance and acquisition of new care technologies. The technology that needs to be implemented with greater urgency is the electronic medical record, also used as a control tool, having all patient data and allowing the team to access and record their actions. It is inferred that the main change observed and confirmed by health professionals was the conceptual change on patient safety culture, which generated a

compromised attitude, adherence confirmed by praxis, daily activity, micro choices, real history of each professional and of the institution, and that qualified, prepared and committed professionals incorporate with more effectiveness and competence the changes. Ergology contributed to the understanding of the dramatic use of self for others, the adhesions and disorders and renormalizations that emerged from the study. The institution was able to invest in training and professional qualification, which impacts on the quality of service rendering, and ergology made it possible to understand and analyze the health worker's activity provided by the knowledge and knowledges invested.

Keywords: Patient Safety Care. Patient Safety Culture. Patient Safety Protocols. Multiprofessional Team. Work process. University Hospitals and Ergology.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo analizar aspectos organizacionales y asistenciales de los núcleos de seguridad del paciente en los Hospitales Universitarios de la Universidad Federal de Santa Catarina y de la Universidad Federal de Amazonas (HUUFSC / HUGV), a partir de la percepción de los profesionales de salud, perspectiva de la ergología. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo. El muestreo fue intencional, con los miembros de los núcleos de seguridad del paciente y equipo multiprofesional de las Clínicas Médica, Quirúrgica y UTI. La recolección de los datos ocurrió entre septiembre de 2017 y julio de 2018, con las siguientes etapas: análisis de los documentos; observación del servicio; entrevistas con los miembros de los núcleos de seguridad y equipo multiprofesional (41 en total) y grupo focal. El análisis se inició después de la validación de los contenidos relevantes. Se adoptó el modelo de análisis utilizando el software Atlas.ti. 7.5.1, que consta de 3 fases: pre-análisis, que consiste en la creación y salvamento de la unidad hermenéutica e inserción de los documentos primarios seleccionados; explotación del material con selección de los fragmentos, creación de los códigos, agrupamiento en familias y creación de las familias; y la interpretativa, orientada por el referencial teórico de la ergología. Las directrices éticas de la investigación con seres humanos se observaron rigurosamente. Los resultados evidencian que el equipo del núcleo encontró ambiente favorable en los hospitales, posibilitando discutir el proceso de implantación de las políticas de seguridad del paciente priorizadas por la gestión y desarrolladas por el núcleo de seguridad. Los hospitales se adhirieron gradualmente a las estrategias establecidas en los programas de seguridad del paciente, promoviendo un nuevo modelo de gestión de cuidado y el desarrollo de medidas a las mejores prácticas. La cultura de seguridad del paciente incorporada por los profesionales y la implantación de los protocolos de seguridad permitieron la reducción de los eventos adversos, determinada por el cambio de postura de los profesionales y confrontada con los resultados registrados por los núcleos por medio de los indicadores de calidad de salud de los hospitales. Los HUs enfrentan también desafíos en el proceso, siendo necesaria la optimización de las tecnologías disponibles para la implementación del cuidado, resolutivez en las acciones de reparación, mantenimiento y adquisición de nuevas tecnologías del cuidado. La tecnología que necesita ser implementada con mayor urgencia es el

prontuario electrónico, utilizado también como herramienta de control, teniendo todos los datos del paciente y que permita al equipo el acceso y el registro de sus acciones. Se ha demostrado que el principal cambio constatado y confirmado por los profesionales de la salud fue el cambio conceptual sobre cultura de seguridad del paciente, que generó actitud comprometida, adherencia confirmada por la praxis, en la actividad diaria, en las micro elecciones, en la historia real de cada profesional y de la institución, siendo que profesionales calificados, preparados y comprometidos incorporan con más efectividad y competencia los cambios. La ergología contribuyó a la comprensión de las dramáticas del uso de sí por sí y por los demás, las adherencias y desajustes y renormalizaciones que surgieron del estudio. La institución acertó al invertir en la formación y cualificación profesional, lo que impacta en la calidad de la prestación del servicio, siendo que la ergología posibilitó comprender y analizar la actividad del trabajador en salud provisto de los saberes constituidos y de los saberes invertidos.

Palabras Clave: Núcleo de Seguridad del Paciente. Cultura de Seguridad del Paciente. Protocolos de Seguridad del Paciente. Proceso de Trabajo. Hospitales Universitarios y Ergología.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Fotos das fachadas dos hospitais Universitários HUGV/UFAM e HU/UFSC.	66
------------------	---	----

MANUSCRITO II:

Ilustração 1.	Documentos dos NSP/COSEP do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) e Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC).	123
----------------------	---	-----

MANUSCRITO III:

Ilustração 1.	A cultura de segurança do paciente: estratégia do cuidado.	177
Ilustração 2.	Protocolos de segurança do paciente: estratégia do cuidado e prevenção.	179

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Dimensões da qualidade dos serviços de saúde.	41
Quadro 2. Plano de trabalho da REBRAENSP para os anos de 2017 a 2019.	51
Quadro 3. Relação dos documentos do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Getúlio Vargas de Manaus.	74
Quadro 4. Relação dos documentos da Direção Geral e do Comitê de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC	76
Quadro 5. Horas de observações realizadas na UTI, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HUGV.	79
Quadro 6. Horas de observações realizadas na UTI, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica do HU/UFSC.....	80
Tabela 1. Características Sociodemográficas dos profissionais da saúde que atuam nos NSP, UTI, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HUGV e HU/UFSC.....	72

MANUSCRITO II:

Quadro 1. Composição dos estudos da Revisão Integrativa da Literatura.	93
Quadro 2. Caracterização dos artigos, teses e dissertações selecionados para o estudo, n = (23).....	95

MANUSCRITO III:

Tabela 1. Distribuição das notificações dos eventos adversos, queixas técnicas e incidentes dos anos 2016 e 2017 do HU/UFSC.	183
--	-----

LISTA DE SIGLAS

AHRQ	- <i>Agency For Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância em Saúde
BDENF	- Bases de Dados de Enfermagem
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
DeCS	- Descritores em Ciências da Saúde
DINTER	- Doutorado Interinstitucional
EA	- Evento Adverso
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FIOCRUZ	- Fundação Osvaldo Cruz
HU/UFSC	- Hospital Universitário da Universidade de Santa Catarina
HUGV	- Hospital Universitário Getúlio Vargas
ICPS	- Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
IOM	- <i>Institute of Medicine</i>
ISEP	- Indicadores de Segurança do Paciente
ISMP	- <i>Institute for Safe Medication Practices</i>
LIASP	- Liga Acadêmica de Segurança do Paciente
LILACS	- Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde
MS	- Ministério da Saúde
PATH	- <i>Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals</i>
NSP	- Núcleo de Segurança do Paciente
PEN	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PNSP	- Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	- Plano de Segurança do Paciente
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Panamericana de Saúde
PUBMED	- Publicações médicas

- RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
- REBRAENSP- Rede Brasileira de Enfermagem para a Segurança do Paciente
- RIENSP - Rede Internacional de Enfermagem para a Segurança do Paciente
- SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*
- SNVS - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
- SOBENFEE - Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de consentimento Livre e Esclarecido
- UEA - Universidade do Estado do Amazonas
- UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
- WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	27
1.1	OBJETIVOS.....	34
1.1.1	Objetivo Geral	34
1.1.2	Objetivos Específicos	35
1.2	TESE	35
2	REVISÃO DE LITERATURA	37
2.1	ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA SEGURANÇA DO PACIENTE: APROXIMAÇÃO DA LITERATURA	37
2.2	A SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIRO	45
3	PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS DA ERGOLOGIA E O SEU DELINEAMENTO PARA A INVESTIGAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE	55
4	PERCURSO METODOLÓGICO DO ESTUDO	63
4.1	REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	63
4.2	TIPO DE ESTUDO	64
4.3	LOCAL DO ESTUDO: HUGV/AM E HU/UFSC/SC	65
4.3.1	Característica, estrutura organizacional e assistencial do HUGV/UFAM e do HU/UFSC	67
4.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	70
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	73
4.5	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E A FERRAMENTA UTILIZADA: ATLAS.TI 7.5.1.0.....	82
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	83
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	85
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	87

5.1	MANUSCRITO I - ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS BRASILEIROS: REVISÃO DE LITERATURA	88
5.2	MANUSCRITO II - NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS – ADERÊNCIAS E DESADERÊNCIAS NO TRABALHO	112
5.3	MANUSCRITO III - ESTRATÉGIAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS À LUZ DA ERGOLOGIA	164
6	CONCLUSÕES	209
	REFERÊNCIAS.....	215
	APÊNDICES	246
	APÊNDICE A: ROTEIRO DE ESTUDO DOCUMENTAL	248
	APÊNDICE B: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	249
	APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRU- TURADA.....	250
	ANEXOS.....	252
	ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	254
	ANEXO B: PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	257
	ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	260

1 INTRODUÇÃO

Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o postulado *Primum non nocere*, que significa – primeiro não cause o dano. O pai da Medicina tinha a noção, desde essa época, que o cuidado poderia causar algum tipo de dano. Ao longo da história, outros personagens contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, entre eles Semmelweiss e Nightingale (DONABEDIAN 1990; NIGHTINGALE, 1860; GOODMAN, 2010). Por intermédio deles foi possível conhecer a importância da transmissão da infecção pelas mãos, da organização do cuidado, da criação de padrões de qualidade em saúde, da avaliação dos estabelecimentos de Saúde, da variabilidade clínica e da medicina baseada em evidência (BRASIL, 2014).

A divulgação do relatório *To err is human: building a safer health system* publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, em 1999, tornou a segurança do paciente um tema relevante. O estudo revelou a magnitude dos eventos adversos (EA) com elevada incidência na assistência à saúde durante os cuidados realizados e a ocorrência de 44.000 a 98.000 mortes por ano nos Estados Unidos (KOHON *et al.*, 1999).

O estudo evidenciou que o erro ocorreu durante o cuidado ao paciente, os erros são definidos como incidentes sem dano (I) e incidentes com danos (EA). Incidentes sem danos são complicações decorrentes do cuidado que não acarretam lesões mensuráveis ou prolongamento do tempo de internação, os incidentes com danos (EA) são complicações não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base, podendo ser incapacitantes, levar ao aumento no índice de óbitos consequentes a falta de práticas seguras no cuidado conforme a *World Health Organization* (WHO, 2009).

A publicação desse impactante relatório do IOM desencadeou uma mobilização internacional sobre o assunto e a *World Health Organization* (WHO, 2002), em sua 55ª Assembleia realizada em maio de 2002 recomendou aos países membros que priorizassem a segurança do paciente em suas agendas, a fim de aumentar a qualidade do cuidado em saúde.

Em outubro de 2004, a Organização lançou a Aliança Mundial

para a Segurança do Paciente, despertando os países membros para o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente (OMS, 2004). O Brasil assumiu este compromisso, por entender que a frequência de resultados negativos envolvendo eventos adversos com danos aumentam o período de internação, a morbidade e a mortalidade dos pacientes e, por consequência, aumenta os custos tanto para os hospitais como para a sociedade (CAMARGO; FERREIRA; HEINECK, 2006; KRÄHENBÜHL; MELCHER *et al.*, 2007).

Estes resultados não se tratam apenas de eventos adversos, mas também de qualquer tipo de incidente, o qual é definido como uma circunstância em potencial para causar danos aos pacientes (WHO, 2009) e que pode fornecer importantes informações para um sistema de saúde mais seguro (MC LOUGHLIN *et al.*, 2001; THOMAS; PANCHAGNULA, 2008).

Estudiosos em segurança do paciente afirmam que o fenômeno está associado a fatores negativos como estruturas de saúde precárias, ausência de indicadores confiáveis de segurança, ausência de políticas públicas de segurança na saúde dos países em desenvolvimento e a formação dos profissionais da saúde. Esses fatores são os principais causadores dos eventos e incidentes adversos com danos aos pacientes geradores de insatisfação e denúncias (WOOD, 2010; CARAYON; CUIEL, SHERIDAN, ESPERATO, 2011; WHO, 2011; GRAJALES *et al.*, 2011; CASSIANI, 2013; BROWN, WOLOSIN, 2013; GOUVÊA, 2014; HENRIKSEN; DAYTON, 2008; PAESE; DAL SASSO, 2013; MARINHO; RADUNZ; BARBOSA, 2014; MENDES, 2014).

A insatisfação da sociedade com os erros cometidos pelos profissionais da saúde está demonstrada no aumento significativo dos processos judiciais contra estes trabalhadores (WILD, 2014). Essa demanda se contrapõe aos princípios e aos valores fundamentais da ética estabelecidos nos Códigos de Ética dos Profissionais da Saúde e na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, ao considerar que o respeito pela dignidade humana e a proteção da vida implica em benefícios, atuais e potenciais para o ser humano, para a comunidade e para a sociedade (BRASIL, 2012) e pressupõe que os trabalhadores da saúde estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda a população.

Nesta perspectiva, a segurança do paciente consiste num conjunto de ações para reduzir o risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável (RUNCIMAN *et al.*, 2009). Estas ações têm por objetivo garantir que a assistência a saúde seja

prestada com qualidade e de forma correta para alcançar os resultados positivos (VALENTIN *et al.*, 2006), pois a qualidade na assistência, aumenta a probabilidade de se obter os resultados desejados com o nível de conhecimento científico atual (INSTITUTE OF MEDICINE, 2007).

No Brasil, os ambientes dos serviços de saúde hospitalares são complexos, vulneráveis e inseguros, resultante das agressões externas como crises econômicas, falta de recursos humanos, materiais e tecnológicos (GIMENES, 2011). Para mitigar essa vulnerabilidade as instituições reguladoras da saúde pública brasileira criaram mecanismos legais para tornar os processos mais éticos e seguros, com vistas a favorecer a qualidade do cuidado prestado e reduzir custos com eventos adversos provenientes dos erros da assistência.

Neste sentido, as mudanças ocorridas no marco legal da saúde pública brasileira contemplaram esse movimento que assegura a todo cidadão e cidadã o direito a receber assistência de saúde de qualidade, conforme disposto no artigo 198 da Constituição Federal e da Lei 8080/1990 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) com a garantia do acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo (ANVISA, 2014).

O Brasil, parceiro e membro da OMS e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), assumiu como prioritário os desafios globais e as metas estabelecidas para a segurança do paciente no âmbito das políticas públicas internacionais de saúde e instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pela Portaria n.º 529 de 1.º de abril de 2013 do Ministério da Saúde, que tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

Para a implementação do PNSPe com o escopo de transformar a realidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários do sistema público e privado brasileiro, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC 36/2013) no dia 26 de julho de 2013, que determinou a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e do Plano de Segurança de Paciente (PSP) em todos os hospitais públicos e privados do território nacional, como estratégia regulatória legal, que visa a promoção da segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade nos serviços hospitalares de saúde públicos, privados e aqueles que se destinam ao ensino e a pesquisa no país (ANVISA, 2013).

Os NSPs, previstos na Portaria MS/GM n.º 529/2013 e na RDC n.º

36/2013/Anvisa, são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente.

Os NSPs em hospitais terão conformação distinta dos NSPs em estabelecimentos de saúde não hospitalares. Em unidades de Atenção Básica, por exemplo, de uma mesma região de Saúde, o NSP pode ser único, conforme definição do gestor local. Os NSPs hospitalares devem estar vinculados organicamente à direção e ter uma agenda permanente e periódica com a direção geral, a direção técnica/médica e a coordenação de Enfermagem, e participar de reuniões com as demais instâncias que gerenciam aspectos da qualidade, reguladas por legislação específica, tais como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Análise de Prontuário, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Gerência de Risco, Gerência de Resíduos, Núcleo de Saúde do Trabalhador, entre outras (BRASIL, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), os Núcleos de Segurança do Paciente devem, antes de tudo, atuar como articuladores e incentivadores das demais instâncias do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, promovendo complementaridade e sinergias neste âmbito.

Hospitais que já possuam estrutura de gestão da qualidade, como uma comissão ou um comitê de qualidade devem adaptá-la às funções previstas na Portaria MS/GM nº 529/2013 (BRASIL, 2013) e na RDC nº 36/2013/ANVISA (ANVISA, 2013).

Os NSPs serão responsáveis pela elaboração de um plano de segurança do paciente que aponte e descreva as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a execução das etapas de promoção, de proteção e de mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente (ANVISA, 2013).

O Núcleo de Segurança do Paciente e o Plano de Segurança do Paciente são instâncias criadas para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente e o aprimoramento contínuo dos processos de cuidado e uso de tecnologias da saúde, disseminação da cultura de segurança, promoção de mecanismos para identificação e avaliação da existência de não conformidade nos processos e procedimentos realizados, equipamentos, medicamentos e insumos (ANVISA, 2013).

O lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente e a implantação dos Núcleos de Segurança dos Pacientes (BRASIL, 2013; ANVISA, 2013), obrigou os conselhos estaduais e municipais a

reordenarem, reorganizarem e rediscutirem a gestão da saúde dos hospitais para a efetiva mudança exigida pela legislação.

Após a implantação do NSP e do PSP nos hospitais públicos e privados brasileiros faz-se necessário uma análise dos processos que conduziram e consolidaram essa política.

Portanto, o objeto de estudo desta pesquisa e a sua abordagem temática coadunam-se com as investigações realizadas no período da graduação em enfermagem pelo autor sobre “Administração de medicamentos e a segurança do paciente no processo formativo dos profissionais de saúde da Universidade do Estado do Amazonas” (LUIZ NETO, 2007) orientado pela Profa. Dra. Valdelize Elvas Pinheiro e teve sequência com a dissertação de mestrado intitulada “Incidentes críticos relacionados aos eventos adversos em uma clínica médica de um hospital escola de Manaus no Estado do Amazonas” (LUIZ NETO, 2010).

No mestrado, a participação no grupo de pesquisa que investiga a Segurança do Paciente em Enfermagem, liderado pela pesquisadora Dra. Sílvia Helena Cassiani da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade do Estado de São Paulo (USP), possibilitou maior envolvimento e aprofundamento com o tema que culminou com o convite para participar como membro fundador da Rede Brasileira de Enfermagem para a Segurança do Paciente (REBRAENSP).

A participação na REBRAENSP foi determinante para acompanhar a construção e o delineamento das políticas de saúde públicas para o Brasil sobre segurança do paciente, que estavam em gestação em várias instituições de pesquisa no país e posteriormente consolidadas com a publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde e a implantação dos Planos e dos Núcleos de Segurança do Paciente.

A atuação docente no Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) possibilitou a incorporação gradual das iniciativas e ações propostas pelos organismos internacionais e nacionais sobre segurança do paciente no Projeto Pedagógico do Curso, submetido à apreciação do colegiado do curso que deferiu pela aprovação da disciplina Enfermagem e Segurança do Paciente com carga horária de 60 horas na matriz curricular de 2014, haja vista recomendação da legislação que determina a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde. Destaca-se, ainda, a participação na implantação e criação da Liga Acadêmica de Segurança do Paciente (LIASP) da Escola de Ciências da Saúde da UEA.

No âmbito da pesquisa sobre segurança do paciente, vários projetos são atualmente desenvolvidos com bolsas de estudos para o programa de iniciação científica, extensão universitária, trabalhos de conclusão de curso e na Residência em Enfermagem e Residência Multiprofissional, tendo sido contemplado com o prêmio de melhor trabalho de iniciação científica no biênio 2017-2018 na área da enfermagem, segurança do paciente e orientação aos cuidadores de paciente hospitalizados pela Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ), hospital público do Amazonas.

A imersão nesta realidade possibilitou a continuação dos estudos na Universidade Federal de Santa Catarina, no Programa de Pós Graduação de Enfermagem (PEN), pelo processo de seleção do doutorado interinstitucional (DINTER), no grupo PRÁXIS (πράξις)¹ que tem como principal linha de investigação o processo de trabalho na saúde e na enfermagem

Neste contexto, a temática a ser investigada reveste-se de importância para assegurar a excelência nos serviços de saúde e os direitos dos usuários a um sistema de saúde seguro, pela implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, dos Planos de Segurança e dos Protocolos de Segurança do paciente em todos os hospitais públicos e privados do território nacional.

A ausência do Núcleo de Segurança do Paciente nos hospitais públicos e privados e conseqüentemente a não implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente pode ser responsável por gerar mais insegurança e possivelmente levar ao aumento dos riscos e dos eventos adversos na prestação do serviço de saúde à população, como apresentados em estudos conduzidos por grupos de pesquisa brasileiros que trabalham a temática segurança do paciente, que revelam a alta frequência de eventos adversos relacionados a medicamentos e infecções hospitalares (VICTORA *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2013; MENDES *et al.*, 2014) e, por estes motivos, problemas na assistência devem ser monitorados e corrigidos antes que estes resultem em danos significativos aos pacientes.

Nos hospitais brasileiros, estudos revelam a alta incidência de eventos adversos evitáveis, os quais correspondem acerca de 67% de todos os eventos adversos (MENDES *et al.*, 2009; VICTORA *et al.*, 2011; GIMENEZ, 2011; MACHADO, 2015; FRANÇOLIN, 2015).

Portanto, ressalta-se a relevância de implementar ações

¹ Designa o conjunto de relações de produção e trabalho, que constituem a estrutura social, e a ação transformadora (ABBAGNANNO, 2007, p. 797).

envolvendo a qualidade da atenção e a segurança do paciente como proposto neste estudo com ênfase na dimensão do trabalho dos profissionais da saúde que atuam nos Hospitais Universitários, com a perspectiva de construir conhecimento que possa contribuir para práticas assistenciais seguras, que esteja em concordância com as políticas de saúde vigentes no país e a realização do trabalho humano saudável e prazeroso.

Os hospitais do estudo assinaram contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que na sua Coordenadoria de Gestão Clínica, para atender a Política Nacional de Segurança do Paciente e as Resoluções da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), publicou as Diretrizes para monitoramento, vigilância epidemiológica e avaliação em segurança do paciente nos hospitais da rede (ANVISA, 2013; EBSERH, 2016; 2017).

Os hospitais assumiram a política pública de saúde implantando os Núcleos de Segurança do Paciente, desenvolveram as estratégias de acordo com os Planos de Segurança do Paciente elaborados e adotaram como objetivos de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, Promover da Cultura de Segurança do Paciente, incorporar as seis metas da Organização Mundial da Saúde traduzidas nos 6 Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias 1377/2013 e 2095/2013 e acompanhar os indicadores de qualidade do serviço (ANVISA, 2013; EBSERH, 2017).

O processo de trabalho em saúde, centrado na segurança do paciente, passa por transformações, novos sistemas de trabalho são projetados, evidências científicas sobre indicadores, cultura de segurança e melhores práticas publicadas, cenários são dimensionados para que o trabalhador realize a sua atividade profissional com segurança, políticas em saúde são decididas pelos governos e gerenciadas pelos trabalhadores em saúde e o paradigma segurança do paciente é consolidado com a “Construção Histórica do Trabalho em Enfermagem” e a equipe de saúde.

Com a instituição das ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, o Programa Nacional de Segurança do Paciente e os Núcleos de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013; ANVISA, 2013), desenvolvidas pelos profissionais da saúde, faz-se necessário refletir sobre o impacto e as mudanças que ocorreram e influenciaram à qualidade da assistência com a implantação destas ações. Analisar esse cenário constituído pelo trabalho prescrito, das normatizações e padronizações e o exercício do trabalho real que compreende a atividade executada pelo trabalhador, a ação por ele realizada (SCHWARTZ;

DURRIVE, 2010) é o objeto da ergologia.

Na abordagem iremos utilizar os principais enunciados ergológicos sobre os quais se desenvolve essa forma de produção de conhecimento, quais sejam: “o trabalhador: corpo-si, o trabalho: usos de si, a “*dramatique*”, decorrente do uso de si por si e pelos outros” (SCHWARTZ, 1998, p. 104), aderência e desaderência das normas que se dão trabalho como ambiente de vida, de aprendizagem, de confronto entre saberes e experiências e mudanças os pressupostos e as possíveis proposições generalizáveis e a verificação destes elementos, as normas que se impõem e as normas que se instauram (BRITO, 2004) no contexto da Portaria 529 e da RDC 36.

No âmbito deste estudo, procura-se refletir a respeito da implantação dos NSP em HUs com ênfase na dimensão do trabalho dos profissionais da saúde, à luz dos referenciais teóricos da Ergologia, com abordagem no trabalho prescrito e no trabalho real, buscando análises descritivas das situações de trabalho.

Desta forma, este projeto de pesquisa pretende analisar as principais mudanças após a implantação dos núcleos de segurança do paciente em Hospitais Universitários a partir da percepção dos profissionais de saúde sob a perspectiva da ergologia, como uma estratégia regulatória legal, para promover a segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde públicos e privados.

Por conseguinte, o estudo propõe-se a responder à seguinte questão: **quais as principais mudanças percebidas pela equipe de saúde após a implantação dos núcleos de segurança do paciente?**

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar os aspectos organizacionais e assistenciais com a implantação dos núcleos de segurança do paciente nos Hospitais Universitários a partir da percepção dos profissionais de saúde sob a perspectiva da ergologia.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar, na literatura, as estratégias utilizadas pelos hospitais brasileiros, para implementar a segurança dos pacientes;
- Analisar as mudanças organizacional, assistencial dos Núcleos de Segurança do Paciente implantados em hospitais universitários e suas estratégias para melhoria do cuidado;
- Descrever as principais estratégias do cuidado implementadas pelos NSP/COSEP, em hospitais universitários, na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam nos Núcleos de Segurança do Paciente à luz da ergologia.

1.2 TESE

Por todo o exposto defende-se a seguinte tese: **no cenário complexo da saúde pública brasileira, a instituição da Política Nacional de Segurança do Paciente e a criação dos núcleos de segurança do paciente em hospitais universitários tem potencial para contribuir e ressignificar o desenvolvimento profissional, a promoção do cuidado com qualidade, a consolidação da cultura de segurança do paciente e a diminuição gradual e contínua dos eventos adversos, assumidos como valores pela equipe multiprofissional.**

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA SEGURANÇA DO PACIENTE: APROXIMAÇÃO DA LITERATURA

A perspectiva histórica e os principais desdobramentos implicados na segurança do paciente impeliram a Organização Mundial de Saúde (OMS) a definir Segurança do Paciente como a ausência de risco ou dano potencial associada com cuidados de saúde, e baseia-se no conjunto de elementos estruturais, processos, ferramentas e evidências cientificamente testadas, a fim de minimizar o risco de um evento adverso nos processos de cuidados de saúde ou mitigar as suas consequências (WHO,2011; TRINDADE; LAGE, 2014).

A segurança do paciente consiste num conjunto de ações para reduzir o risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável (RUNCIMAN *et al.*, 2009). Estas ações têm por objetivo garantir que a assistência à saúde seja prestada de forma correta para alcançar os resultados positivos (VALENTIN *et al.*, 2006).

Vincent (2010), em seus estudos sobre Segurança do Paciente, afirma que a expressão segurança do paciente é atualmente muito usada, mas raramente definida com clareza. As pessoas envolvidas com essa prática estão frequentemente preocupadas com problemas da qualidade do atendimento. Para o autor “a segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento a saúde” (VINCENT, 2010, p.16).

A segurança do paciente possui em seu *ethos* (ἦθος)² analítico a prevenção e a redução e/o ausência de riscos ou danos a vida (COMETTO, 2011, p. 8). Esse *ethos*, entendido como a forma que se organiza a segurança do paciente no campo das ciências da saúde, está presente no Marco Conceitual da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), onde se registra o consenso de especialistas de todo mundo e apresenta

² É o conjunto dos costumes e hábitos fundamentais, no âmbito do comportamento (instituições, afazeres) e da cultura (valores, ideias ou crenças), característicos de um determinado grupo de pessoas.

conceitos chaves e termos utilizados tanto em segurança e cultura de segurança, como descrição provisional de conceitos por classes, lista de conceitos e as referências utilizadas (COMETTO, 2011; MENDES, 2014).

O Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) traduziu em 2010 os conceitos chave do ICPS traduziu em 2010 os conceitos chave da Classificação Internacional para Segurança do Paciente (ICPS) para a língua portuguesa e o Ministério da Saúde os adaptou e os incorporou no texto da Portaria 529 de 1º de abril de 2013 que dispõe sobre o PNSP (BRASIL, 2013), a seguir:

Art. 4º - Para fins desta Portaria são adotadas as seguintes definições:

- I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- II - Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- III - Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;
- IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;
- V - Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:
 - a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
 - b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
 - c) cultura que encoraja e recompensa a

- identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
 - e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.
- VI - Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

A classificação permite que as investigações e ações de promoção de segurança do paciente que esbarravam em problemas conceituais e impediam conhecer a dimensão real do problema e o verdadeiro impacto das medidas adotadas sejam dirimidas. Esta situação ocorria em razão da ausência de uniformidade dos conceitos e termos-chaves empregados (ELDER; PALLERLA; REAGAN, 2006; RUNCIMAN, 2006; RUNCIMAN *et al.*, 2009).

Uma importante revisão sistemática da literatura das autoras brasileiras, Gouvêa e Travassos (2010), evidenciou que onze estudos apresentaram definição de segurança ou segurança do paciente, embora com variações. As definições incluem em seu contexto a noção comum de redução do risco de danos aos pacientes ocasionado pela atenção à saúde, relevante ao nosso estudo no âmbito dos hospitais.

O conceito de segurança do projeto *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals - PATH* (VEILLARD *et al.*, 2005, p. 490) aborda um contexto mais amplo, incluindo a segurança de pacientes, das equipes e do ambiente, sendo assim definido: “dimensão do desempenho, onde o hospital tem a estrutura apropriada e usa os processos de cuidados que previnem ou reduzem danos ou riscos aos pacientes, aos profissionais e ambiente, e que também promove essa noção”.

A padronização e o uso consistente dos conceitos-chaves, definições e termos principais levará a uma melhor compreensão dos termos e conceitos relacionados à segurança do paciente (RUNCIMAN *et al.*, 2009). A taxonomia definida permitiu elaborar estratégias,

políticas e planos de ação para a implementação da qualidade do cuidado seguro.

De acordo com a *World Health Organization* - WHO (2011), os fatores humanos são habilidades físicas, cognitivas e comportamentais aplicadas pelos profissionais que trabalham nos sistemas de saúde. A aplicação dos fatores humanos influencia positivamente para que o cuidado em saúde possa ser prestado de forma mais segura. Os fatores humanos incorporam interações homem-máquina (projetos de equipamentos, por exemplo), interações entre humanos (comunicação, o trabalho em equipe), ambiente-humano: melhor ajuste entre as pessoas e o local de trabalho.

Desta forma, os fatores humanos são reconhecidos como parte essencial da segurança do paciente e quando aplicados aos cuidados em saúde são determinantes para a qualidade do cuidado e para o bom funcionamento de sistemas de em saúde. Para a WHO (2002), o sistema de saúde é composto por uma complexa combinação de processos de tecnologias e de interações humanas que contribuem com benefícios bastante significativos. No entanto, este também envolve riscos inevitáveis para a ocorrência de eventos adversos, os quais se tornam frequentes e, atualmente, são considerados um grave problema de saúde pública. É necessário implantar sistemas seguros para minimizá-los.

No terceiro seminário de qualidade e segurança dos pacientes dos hospitais federais, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2014) discutiu-se o redesenho dos sistemas de cuidado à segurança do paciente e a importância da abordagem sistêmica nas instituições para a superação das ocorrências de falhas.

Ambientes de trabalho em saúde, diferenciados pela cultura organizacional, podem ser transformados com a nova visão de sistemas de organização e cultura descentralizada das decisões administrativas e processos organizacionais, inspirado na trajetória das condições das falhas latentes e ativas ilustradas no modelo do queijo suíço e a teoria de cuidados seguros de Reason e nos os fatores contribuintes “Sharp end” e “blunt-end” de Vincent (REASON, 2000, p. 398; REASON, 2008; VINCENT, 2010).

A abordagem sistêmica de segurança do paciente da *Agency for Health care Research and Quality* (2014, p. 14) afirma que a maioria dos erros reflete falhas humanas previsíveis no contexto dos sistemas mal desenhado se que ao invés de focar os esforços de correção em repreender os indivíduos ou em capacitações “curativas”, a abordagem de sistemas procura identificar situações ou fatores susceptíveis a dar origem a erros humanos e implementar sistemas de mudanças que irão

reduzir a sua ocorrência ou minimizar seu impacto sobre os pacientes e prestar serviços de saúde sustentados na qualidade e nas melhores práticas de cuidado.

Em sua missão por qualidade e melhores práticas no serviço, a ANVISA em 2013, lançou a série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde construída por profissionais da saúde e pesquisadores envolvidos com a qualidade dos serviços e preocupados com a segurança do paciente nos serviços de saúde que são oferecidos à população brasileira. Essa publicação teve por objetivo proporcionar aos profissionais da saúde uma reflexão teórica aplicada à prática, para uma assistência segura.

É um documento que tem o olhar voltado à segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde e destaca as dimensões da qualidade da WHO (2009 p. 15.) que são válidas também para o Brasil (ANVISA, 2013), conforme descritas no quadro abaixo:

Quadro 1. Dimensões da qualidade dos serviços de saúde.

1. Segurança	Ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes
2. Efetividade	Prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes, e evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitar a infra e supra utilização, respectivamente).
3. Atenção centrada no paciente	Envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.
4. Oportunidade / Acesso (interno e externo)	Redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.
5. Eficiência	Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias.
6. Equidade	Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Fonte: ANVISA, (2013).

Na prática, é necessário traduzir as dimensões para os requisitos concretos de cada serviço, problema de saúde ou tipo de paciente e possibilitando avaliar se ele tem ou não qualidade. A avaliação é essencial, mas não suficiente. É preciso agir na correção dos problemas encontrados.

A qualidade nos serviços de saúde é também objeto de estudo da FIOCRUZ (2014), que publicou o livro *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde, qualidade em saúde e segurança do paciente: aspectos fundamentais*. No texto, a segurança do paciente passa a ser relevante quando a magnitude de erros e riscos evitáveis é reconhecida, e, destaca que a tríade: estrutura, processo e resultado são fundamentais e importantes do ponto de vista da mensuração, avaliação e compreensão do processo de cuidado, entendida como efetividade e adequação, para o bom desempenho das organizações (DONABEDIAN, 1990).

Atualmente, a qualidade do cuidado em saúde é mensurada pela avaliação dos indicadores assumidos pelas instituições. Em seus estudos Mainz (2003) definiu e classificou os indicadores clínicos para a melhoria de qualidade em saúde, publicado no *International Journal for Quality in Health Care*. Este autor descreve que:

[...] os indicadores avaliam aspectos da estrutura, dos processos ou dos resultados do cuidado de saúde e outros são específicos para certas doenças, expressando a qualidade do cuidado prestado a pacientes com diagnósticos específicos. (MAINZ, 2003, p.525).

É impossível monitorar a qualidade do cuidado de saúde sem utilizar indicadores clínicos. Eles geram a base para a melhoria de qualidade e para a definição de prioridades no sistema de saúde (MAINZ, 2003) e expressam as ações de um serviço ou de um sistema de saúde em direção à melhoria da qualidade (SCOBIE *et al.*, 2006). Para assegurar o uso confiável e válido de indicadores clínicos, estes devem ser desenhados, definidos e implementados com rigor científico.

Gouvêa e Travassos (2010) acreditam que a inclusão de indicadores de segurança nos programas de monitoramento da qualidade representa uma importante estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do paciente hospitalizado.

As autoras apresentam como resultados dos seus estudos a importância de se monitorar os seguintes indicadores de qualidade: anestesia, cirurgia segura, complicações cirúrgicas, infecção hospitalar, medicamentos, terapia intensiva, dentre outros. Significa dizer que o aumento ou a diminuição nos índices destes indicadores revelam a qualidade dos serviços prestados nas instituições de saúde (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010).

A constatação de que no Brasil não havia nenhum estudo sobre indicadores de qualidade em saúde impulsionou as investigações sobre o desenvolvimento de indicadores de segurança para monitoramento do cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos nas seguintes áreas: uso de medicamentos; prevenção e controle de infecção; clínica geral; anestesia e cirurgia; ginecologia-obstetrícia e terapia intensiva de adultos. Incentivar a cultura de avaliação e monitoramento da qualidade e segurança do paciente através de indicadores é fundamental para a promoção de cuidados com qualidade e segurança (TRAVASSOS *et al.*, 2015).

Os autores afirmam que o monitoramento através de indicadores é etapa fundamental no processo de melhoria da qualidade do cuidado em saúde, mas essa prática ainda está insuficientemente incorporada em nossos serviços e é pouco reconhecida por gestores e profissionais de saúde (TRAVASSOS *et al.*, 2015).

Validar indicadores de boas práticas de segurança do paciente para o contexto brasileiro foi o objetivo do estudo desenvolvido por Gama *et al.*, (2016). Neste estudo os autores tomaram como base a tradução e adaptação dos indicadores validados no Projeto Indicadores de Segurança dos Pacientes ISEP-Espanha, além do documento *Safe Practices for Better Health care* do *National Quality Forum* dos Estados Unidos, que possui 34 recomendações de boas práticas.

Os indicadores desenvolvidos referem-se a boas práticas sobre os aspectos organizacionais associados à segurança do paciente, tais como a promoção de cultura de segurança, uso adequado de consentimento informado, respeito às preferências de pacientes terminais, política de comunicação de eventos adversos e atenção justa ao profissional envolvido em incidentes (GAMA *et al.*, 2016).

Esse estudo é relevante para mostrar que é possível realizar os cuidados de saúde com qualidade e rotineiramente, com indicadores confiáveis e válidos, que contribuem para aumentar a cultura de segurança do paciente no ambiente organizacional.

A cultura de segurança de uma organização é vista como os “valores compartilhados entre os seus membros sobre o que é importante, suas opiniões sobre como as coisas funcionam dentro da organização e a interação destas com a unidade de trabalho e com estruturas e sistemas organizacionais”, que juntos produzem normas comportamentais para promover a segurança da organização (SCHEIN, 2004, p.137).

Incorporar às instituições de saúde as melhores práticas com base nas premissas sustentadas neste estudo contribui para fomentar a cultura

de segurança do paciente. Altos níveis de cultura de segurança têm sido associados com aumento nos relatos de eventos adversos (COHEN et al., 2004; GANDHI et al., 2005), aumento da comunicação entre o quadro de pessoal e gerentes, menor ocorrência de eventos adversos (HOFMANN; MARK, 2006; VOGUS; SUTCLIFFE, 2007) e aumento da satisfação do paciente (KALISCH; CURLEY; STEFANOV, 2007).

A cultura de segurança é composta por quatro elementos principais: cultura de notificação, justa/imparcial, flexível e de aprendizagem. Esta cultura deve ser construída em relações de confiança, comunicação e cooperação (REASON, 1997). Estes elementos devem ser introduzidos gradualmente, acordados com a equipe de saúde e avaliados continuamente para identificar a criação de barreiras que dificultam o estabelecimento de uma cultura organizacional no serviço de saúde.

Ques e colaboradores (2010) avaliaram as barreiras que os profissionais de enfermagem detectam em sua prática clínica, para o pleno desenvolvimento da cultura da segurança na prática cotidiana, destacando-se a posição corporativa dos profissionais, a organização e infraestrutura com uma grande variabilidade, a grande pressão assistencial, a escassa protocolização e ausência de liderança em segurança, a falta de indicadores confiáveis e aceitos, a falta de comunicação e de cultura de segurança, além da carência de formação específica em segurança.

Portanto, a prioridade em segurança do paciente recai sobre as ações, seja no fomento da cultura de segurança, na formação, no desenvolvimento profissional e na potencialização da relação dos profissionais com os pacientes.

É importante ressaltar que estes avanços foram impulsionados pelo protagonismo da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), principal promotora da segurança do paciente no continente Latinoamericano, que em outubro de 2007 publicou a Resolução CSP27/10 denominada “Políticas e Estratégias Regionais para a Garantia da Qualidade da Atenção em Saúde e Segurança do Paciente” (COMETTO, 2011, p. 14).

A Resolução definiu as seguintes estratégias para a promoção da Segurança do Paciente na região:

Posicionar a qualidade dos cuidados e Segurança do Paciente (CASP) como prioridade setorial: o diálogo com as autoridades nacionais, a participação e a defesa em fóruns globais e

regionais, compromissos políticos firmes para a ação, identificar e orientar os líderes em prol da qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, defender a incorporação de qualidade nos currículos de formação;

Participação Comunitária: incentivar a promoção e proteção dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais de saúde incorporar à satisfação do usuário ferramentas de avaliação;

Gerar informações e evidências sobre a qualidade: produção de instrumentos para mensurar a qualidade e a segurança do paciente nos centros de saúde, disponibilizar informações, desenvolver e incentivar linhas de investigação sobre a segurança do paciente;

Desenvolver, adaptar e apoiar a implementação de soluções de qualidade: divulgar material, desenvolver e disseminar soluções com base em novas tecnologias de informação, criar modelos e instrumentos de formação de qualidade através de cursos on-line, prestar assessoria técnica para o desenvolvimento, melhoria e implementação de programas nacionais de qualidade e segurança do paciente, promover o intercâmbio de experiências entre os países da região;

Desenvolver estratégias nacionais para reforçar a qualidade da assistência e segurança do paciente com um horizonte de 10 anos. (COMETTO, 2011, p.14-15).

Esta Resolução foi o marco que disseminou o desenvolvimento das políticas públicas de segurança do paciente no continente pela aplicação das estratégias adotadas pelos governos, instituições de saúde, entidades de classe e, sobretudo nas universidades.

2.2 A SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIRO

O Brasil, importante parceiro da OMS e da OPAS, desenvolveu vários programas para a segurança do paciente através do Ministério da

Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária reguladora do sistema público e privado de saúde, das universidades, das instituições de ensino e pesquisa, das várias categorias profissionais da saúde, das redes de segurança dos pacientes no território nacional.

Estes programas se efetivam pelo engajamento dos profissionais da saúde, instituições, gestores e a participação da sociedade. Os mecanismos envolvidos para a promoção e o acompanhamento destas iniciativas passam pelo controle destes órgãos envolvidos na avaliação externa das instituições de serviço, na Inspeção Sanitária com visitas ao local onde se realizam os serviços de saúde. O Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária e o sistema de Acreditação é a metodologia de avaliação externa da qualidade dos estabelecimentos de Saúde.

Essas ações ocorrem nos estabelecimentos de saúde e a inspeção deles são estratégias de melhoria da qualidade desses estabelecimentos (SPENCER, 2005; 2009). A inspeção sanitária é realizada pela ANVISA com roteiros abrangentes, com itens referentes à totalidade dos atos normativos vigentes (BRASIL, 2014).

De acordo com o Documento de Referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente, a vigilância sanitária deve ser entendida como tecnologia relevante na verificação das condições de funcionamento dos estabelecimentos de Saúde e sobre os produtos, medicamentos e outros insumos utilizados no cuidado à saúde, à medida que esses estão disponíveis para o uso nos pacientes (BRASIL, 2014).

Segundo Leite (2007) as ações da vigilância possibilitam a verificação *in loco* da situação e a identificação de fontes potenciais de danos, além de constituir uma prática de observação sistemática, orientada por conhecimentos técnico-científicos, destinada a examinar a conformidade com padrões e os requisitos que visam à proteção da saúde individual e coletiva.

As não conformidades encontradas nas inspeções reorientam o planejamento dos estabelecimentos de Saúde e constituem uma oportunidade de implementação de medidas de melhoria da qualidade e da segurança do paciente. Entre essas medidas, inclui-se a adoção da rotina de realização de auditorias internas periódicas (ANVISA, 2013).

A Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009 instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Vigipós), no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das premissas do Vigipós é a necessidade de promover a identificação precoce de problemas relacionados com os serviços e produtos sob vigilância sanitária, a fim

de eliminar ou minimizar os riscos decorrentes do uso destes (BRASIL, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014) ressalta o caráter indissociável e o impacto dessas ações de vigilância e notificação na segurança do paciente, necessárias ao cuidado seguro. A OMS incentiva atividades relacionadas: ao uso de sangue; aos erros de medicação previstos na farmacovigilância; a engenharia de fatores humanos, que se preocupa com o desenho dos equipamentos médicos, considerando a interação entre homens, máquinas e seu ambiente de trabalho (BRASIL, 2014).

Iniciativa de grande impacto na saúde pública brasileira foi a implantação do sistema brasileiro de acreditação concebida como uma estratégia de gestão para a qualidade. De acordo com Fortes (2012), a acreditação utiliza a metodologia de avaliação externa da qualidade dos estabelecimentos de saúde, é um sistema de verificação de caráter voluntário em sua contratação, para avaliar se os recursos institucionais, as estruturas, os processos de cuidado e se os resultados obtidos estão de acordo com as exigências da vigilância sanitária (BRASIL, 2014), ou seja, se os estabelecimentos de saúde atuam em conformidade com os requisitos técnicos e legais e tenham seu licenciamento revalidado pela vigilância sanitária.

Outra estratégia brasileira importante foi a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela.

A Rede Sentinela é uma estratégia da Vigilância Sanitária Pós-Uso/Pós-Comercialização de Produtos (Vigipós), que visa à prevenção de riscos associados ao consumo de produtos sujeitos à vigilância sanitária. A Rede Sentinela conta hoje com 195 instituições credenciadas com a seguinte distribuição: Região Centro-oeste- 10 serviços, Região Nordeste- 39 serviços, Região Norte- 13 serviços, Região Sudeste- 94 serviços e Região Sul com 39 serviços da Rede Sentinelas. Funciona como observatório nos serviços para o gerenciamento de riscos à saúde, e atua em conjunto com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2017).

A Rede Sentinela é composta por instituições que trabalham com gerenciamento de risco sobre três pilares:

- 1) busca ativa de eventos adversos;
- 2) notificação de eventos adversos;
- 3) uso racional das tecnologias em saúde.

Para a participação e o credenciamento dos estabelecimentos de saúde na Rede, a ANVISA instituiu quatro diferentes perfis:

1) Participante: perfil de entrada na Rede Sentinela requer a existência e o funcionamento de uma gerência de risco, com alimentação regular dos bancos de dados da Vigipós; 2) Colaborador: requer capacidade para o desenvolvimento de estudos de interesse do Sistema de Saúde brasileiro; 3) Centro de Cooperação: requer capacidade para realização de ações de formação e capacitação de pessoal para a Rede ou para elaboração de material instrucional; 4) Centro de Referência: requer capacidade para coordenar ou supervisionar sub-redes com foco em temas ou tecnologias específicas (ANVISA, 2017).

A criação de um Sistema nacional de notificações sobre incidentes foi sugerido no estudo de Capucho e Cassiani (2013), sendo a proposta incorporada e assumida pela RDC 36.

Um sistema de notificação funcional e efetivo permite o emprego de ferramentas, delineamento de estratégias de gestão de riscos para a segurança do paciente, contribuindo para aumentar a qualidade dos serviços ofertados à população brasileira.

Todos os incidentes com danos ou eventos adversos ocorridos em serviços de saúde devem ser notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), de acordo com a RDC nº 36/2013. Os serviços de saúde que tenham interesse em monitorar quase erros (*near misses*) poderão fazê-lo, utilizando a ferramenta disponibilizada pela ANVISA. No entanto, somente serão passíveis de análise pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, de forma mais detalhada, os eventos graves ou óbitos notificados no sistema (BRASIL, 2014).

A gestão de riscos é o processo de identificação, avaliação, análise e gestão de todos os riscos e incidentes, em todos os níveis da organização, é a reunião dos resultados a um nível corporativo, facilitando a definição de prioridades e a melhoria da tomada de decisão, a fim de se alcançar o equilíbrio ideal do risco, benefício e custo (WHO, 2009).

O processo de gestão de risco consiste na aplicação sistemática de procedimentos para identificação, análise, avaliação, tratamento, comunicação e monitoramento dos riscos. O conhecimento das etapas desse processo irá auxiliar o Núcleo de Segurança do Paciente nas demais ações previstas na RDC nº 36/2013.

Essas etapas descritas devem ser previstas para a elaboração do Plano de Segurança do Paciente: 1) Estabelecimento do Contexto; 2) Identificação do Risco; 3) Análise do Risco; 4) Avaliação do Risco; 5) Tratamento do Risco e 6) Comunicação, tratamento e análise crítica dos riscos (BRASIL, 2014).

As etapas da gestão de riscos estabelecidas pela ABNT (2010 p.

36) são as seguintes: “comunicação e consulta, estabelecimento do contexto, identificação de riscos, análise de riscos e tratamento de riscos”. É importante estar atento a essas etapas para o monitoramento das situações de risco presente nas instituições de saúde.

O gerenciamento dos riscos em hospitais e outros serviços de saúde, afirma Severo (2010), está relacionado diretamente com o processo de promoção e educação permanente em saúde para os profissionais da área. Exige um olhar constante no aprimoramento do pessoal, gerenciamento de melhores práticas, e na tomada de decisões.

Notificação dos eventos adversos, gerenciamento de risco, indicadores de segurança do paciente, avaliação da qualidade dos serviços em saúde são objetos de estudos com publicações dos resultados pelos centros de pesquisa brasileiros. Como referência nacional deste sistema o portal Proqualis da Fundação Oswaldo Cruz, lançado em 2009, uma iniciativa que merece destaque pelo seu relevante papel na disseminação de conhecimento nas áreas de informação clínica e de segurança do paciente (ANVISA, 2013)³.

A preocupação com segurança dos pacientes aproxima os profissionais da saúde em busca do mesmo objetivo. A enfermagem e a farmácia, por exemplo, desenvolvem ações e pesquisas conjuntas para a promoção da segurança do paciente. Exemplo destes estudos é vislumbrado em (REIS *et al.*, 2014, p. 89) quando afirma que:

O enfermeiro como responsável pelo planejamento dos horários de administração dos medicamentos e da dieta é um profissional essencial para prevenção das potenciais interações fármaco-nutrição enteral, contribuindo para a efetividade da farmacoterapia dos pacientes. Entretanto, o impacto das ações será mais efetivo se desenvolvidas numa perspectiva multidisciplinar. Nesse sentido, a atuação do farmacêutico clínico também aprimora a segurança da assistência prestada ao paciente. Em suma, a atuação integrada de enfermeiros, farmacêuticos, médicos e nutricionistas, otimiza os resultados da assistência contribuindo para a segurança do paciente e a prevenção de interações medicamentosas indesejáveis.

³ Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (ANVISA, 2013).

Outra iniciativa foi a realização do primeiro Fórum Internacional Sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação, em 2006, organizado pela Associação Mineira de Farmacêuticos, em Belo Horizonte, em parceria com o *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) EUA. Este fórum foi decisivo para a criação, em 2009, do Instituto de Práticas Seguras para o uso de Medicamentos (ISMP) Brasil, entidade multiprofissional que tem promovido eventos nacionais e internacionais sobre o tema e publicado boletins, capítulos em livros e artigos sobre erro de medicação (ANVISA, 2013).

Os enfermeiros vêm se organizando em entidades que visam melhorar a segurança do paciente, entre as quais se destacam a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) e a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (SOBENFEE).

A REBRAENSP foi criada em maio de 2008, vinculada à Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP) como uma iniciativa da OPAS. A Rede tem por objetivo principal disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, escolas, universidades, programas, organizações não governamentais, como também entre os usuários e familiares para fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade.

Atualmente, a REBRAENSP tem 5 polos e 41 núcleos constituídos por mais de 800 profissionais de Enfermagem e estudantes da graduação e da pós-graduação em Enfermagem que, de forma voluntária, participam de todas as ações propostas pela rede, impulsionando aprimoramentos nas práticas, no ensino e pesquisa sobre do segurança do paciente (REBRAENSP, 2018).

Uma das estratégias adotadas pela Rede para a horizontalização de ações é a construção de planos de trabalho nacionais e locais. Os Planos de Trabalho da REBRAENSP são tri anuais e desenhados a partir das recomendações contidas no plano de trabalho da Rede Internacional de Segurança do Paciente (RIENSP) com adequação à realidade brasileira. Seu objetivo é promover a divulgação da temática enfermagem e segurança do paciente entre os profissionais, instituições de saúde e representantes da sociedade organizada (REBRAENSP, 2017), de acordo com o plano no quadro 2.

O plano da REBRAENSP para o Brasil se fortalece e se consolida gradualmente à medida que os pólos e núcleos de segurança do paciente são implantados nos estados e municípios, o que vem ocorrendo com o aumento do número de cadastros na rede. Os polos e os Núcleos da Rede são importantes parceiros dos hospitais para a

elaboração das estratégias de segurança do paciente. Neste cenário, a Rede, em suas discussões nas conferências e encontros, deu importantes contribuições para a construção e elaboração do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente é um marco histórico para a saúde pública brasileira. O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde (BRASIL, 2013).

Quadro 2 - Plano de trabalho da REBRAENSP para os anos de 2017 a 2019.

Metas	Estratégias
Área 1: formação em enfermagem e segurança do paciente.	Mobilizar gestores de escolas para a inserção da temática segurança do paciente nos currículos dos cursos de enfermagem dos níveis médio, graduação e pós-graduação. Contribuir para a formação Profissional que fortaleça o PNSP
Área 2: extensão às comunidades e sociedades.	Realização de eventos que oportunizem discussões e reflexões acerca da segurança do paciente. Criação de fóruns permanentes de discussões multidisciplinares com participação de membros de organizações comunitárias vinculadas aos Conselhos Municipais de Saúde. Desenvolver e ministrar aulas e palestras relacionadas à segurança do paciente.
Área 3: investigação e disseminação do conhecimento.	Realizar pesquisas relacionadas à temática segurança do paciente. Manter o site www.rebraensp.com.br atualizado.
Área 4: políticas públicas.	Participação na elaboração de políticas.
Área 5: serviços de enfermagem e segurança do paciente.	Promover discussões e divulgação dos protocolos sobre segurança do paciente lançados pelo Ministério da Saúde: <ul style="list-style-type: none"> •identificação do paciente •cirurgia segura •prevenção de quedas •prevenção de lesões por pressão •administração segura de medicamentos •higienização das mãos Contribuir para a implementação dos Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições de prestação de assistência em saúde.
Área 6: expansão e fortalecimento da Rede.	Criar e desenvolver novos Polos/Núcleos da REBRAENSP.

Fonte: REBRAENSP, (2017).

Os objetivos do PNSP são:

- I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;
- V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.(BRASIL, 2013).

A estratégia de maior importância e repercussão na implantação das ações do PNSP foi a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC 36/2013) que determinou a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em todo o território nacional, como estratégia regulatória legal, à promoção da segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde públicos, privados e aqueles que se destinam ao ensino e a pesquisa no país (ANVISA, 2013) e compete ao NSP:

- I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de

- Saúde;
- VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
 - VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
 - VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
 - IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
 - X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
 - XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
 - XII - manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
 - XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias. (ANVISA, 2013).

Os hospitais escolas das universidades públicas investigados neste estudo, serão as instituições que criaram os NSP e elaboraram os PSP para o desenvolvimento de ações e serviços alinhados com as determinações normativas e legais (BRASIL, 2013; ANVISA, 2013), para a promoção da segurança dos pacientes, a formação dos profissionais de saúde em serviço e o estabelecimento de uma cultura de segurança que seja assumida por todos os setores do serviço de saúde destes hospitais.

A enfermagem é parceira e aliada da OMS na criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, no lançamento dos Desafios Globais e das Metas internacionais para a Segurança do Paciente, nas políticas públicas, nas resoluções e portarias sobre a segurança do paciente no Brasil, e se fortalece efetivamente por sua contribuição com a ampliação e o fortalecimento das Redes de Enfermagem e Segurança do Paciente, na coordenação da implantação dos Núcleos de Segurança

do Paciente, na promoção de uma comunicação rápida de pesquisas científicas que evidenciam as melhores práticas no cuidado, na partilha de experiências e recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo, compartilhando e aprendendo com a equipe multiprofissional em saúde as melhores práticas para o exercício profissional, para a segurança do paciente, dos trabalhadores e das famílias.

Desta forma, a segurança do paciente é uma demanda que envolve todos os atores que atuam no sistema de saúde: os profissionais da saúde, os gestores dos sistemas públicos e privados, os usuários do Sistema Único de Saúde, as agências e organizações nacionais e internacionais, as universidades e os centros de pesquisas sobre a Segurança do Paciente.

3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS DA ERGOLOGIA E O SEU DELINEAMENTO PARA A INVESTIGAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE

O processo de trabalho em saúde, centrado na segurança do paciente, passa por transformações, entre estes, novos sistemas de trabalho são projetados, evidências científicas sobre indicadores, cultura de segurança e melhores práticas publicadas, cenários são dimensionados para que o trabalhador realize a sua atividade profissional com segurança, políticas em saúde são decididas pelos governos e gerenciadas pelos trabalhadores em saúde e o paradigma segurança do paciente vai paulatinamente consolidado com o trabalho da equipe de saúde.

Com a instituição das ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, o Programa Nacional de Segurança do Paciente e os Núcleos de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013; ANVISA, 2013), desenvolvidas pelos profissionais da saúde, faz-se necessário refletir sobre o impacto e as mudanças que ocorreram e influenciaram à qualidade da assistência com a implantação destas ações. Analisar esse cenário constituído pelo trabalho prescrito, das normatizações e padronizações e o exercício do trabalho real que compreende a atividade executada pelo trabalhador, a ação por ele realizada (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010) é o objeto da ergologia.

O termo “ergologia” origina-se do grego “εργασεσθαι”⁴, sendo que Durrive e Jacques (2010, p. 295) explicam que o prefixo “ergo” significa “ação, trabalho, obra”, apontando para a energia e vitalidade do trabalhador e “logia” entendida como investigações sobre a atividade humana”. “A ergologia conforma o projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho, para transformá-las, em um determinado momento” (ATHAYDE; BRITO, 2011, p. 258).

Ergologia é a aprendizagem permanente dos debates de normas e de valores que renovam indefinidamente a atividade: é o desconforto

⁴ Transcrição literal da palavra para a compreensão da sua significação e importância ao estudo. Disponível em: <<http://www.translitteration.com/transliteracao/pt/grego/greeklsh/>>. Acesso em: 15 de out. 2018.

intelectual presente nas atividades dos profissionais da saúde, quando o paciente interpela, quando os membros da equipe estão inseguros com novos procedimentos ou insatisfeitos com as normas a serem cumpridas, situações do ambiente da saúde que não pode nunca deixar-nos confortavelmente instalados em interpretações estabilizadas dos processos e dos valores em jogo numa situação (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010).

A ergologia tem a sua base de sustentação na filosofia, na linguística, na sociologia, na ergonomia e na economia. Originou-se nos anos de 1983-1984, a partir do trabalho desenvolvido pelos professores Yves Schwartz, Daniel Faïta e Bernard Vuillon, no *Centre d'Épistémologie et d'Ergologie Comparative (CEPERC)*, onde se desenvolveu o dispositivo de Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho (APST):

[...] um projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho para transformá-las. O projeto envolveu diversos parceiros institucionais públicos e privados, e culminou com a criação e institucionalização do Departamento de Ergologia da *Université de Provence* na França em 1997. (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008, p.24).

Hoje, o departamento colabora com grupos de pesquisa em várias partes do mundo, sobretudo, na Itália, em Portugal, no Canadá, na Argélia, em Moçambique e no Brasil (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009; ATHAYDE; BRITO, 2011).

A elaboração conceitual ergológica, de Schwartz (2002, p. 126), faz-se necessária tendo em vista que,

[...] toda atividade humana, localmente reprodutora de história, vive e encontra suas ferramentas num universo de conceitos que só se tornam eficientes ao neutralizar a história. De modo inverso, a implementação dessa disciplina epistêmica se opera no tecido histórico da cultura humana. Portanto, ela é, enquanto implementação, um processo ergológico. Desse modo, na Ergologia, [...] o conceito é um instrumento para pensar; ele permite recortar, definir, generalizar, abstrair-se do presente”, porém, “forma com a vida uma unidade dialética.

Partindo destas premissas e considerando o aporte teórico e seus pressupostos, a ergologia é o referencial teórico metodológico indicado para conduzir nossa investigação, por ser uma abordagem testada e comprovada para estudos organizacionais sobre o trabalho, sobre trabalho da equipe de saúde (HOLZ; BIANCO, 2014; CAMPOS; CAMPONAGORA, 2014), pela necessidade da construção de um processo de co-responsabilização entre profissionais, usuários e gestores na definição e realização da atenção à saúde” em qualquer nível de cuidado (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009), por se entrelaçar e se integrar harmonicamente aos saberes constituídos pelas ciências da saúde, de forma a complementarem-se, que envolve escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, envolve valores que orientam a tomada de decisões pelos trabalhadores no cotidiano (HOLZ; BIANCO, 2014; CAMPOS et al, 2014).

Na abordagem iremos utilizar os principais enunciados ergológicos sobre os quais se desenvolve essa forma de produção de conhecimento, quais sejam: “o trabalhador: corpo-si, o trabalho: usos de si, a “*dramatique*”, decorrente do uso de si por si e pelos outros”(SCHWARTZ, 1998, p. 104), aderência e desaderência das normas que se dão trabalho como ambiente de vida, de aprendizagem, de confronto entre saberes e experiências e mudanças dos pressupostos e as possíveis proposições generalizáveis e a verificação destes elementos, as normas que se impõem e as normas que se instauram (BRITO, 2004).

A ergologia promove um regime de produção de saberes sobre o humano, no encontro sempre histórico entre os dois saberes (científicos e práticos) que não pode ser antecipado e é sempre uma descoberta (BRITO, 2004) pelo exercício da ergologia que propõe colocar em diálogo os saberes científicos com os saberes imanentes à atividade, por meio de um dispositivo dinâmico de três polos DD3P (SCHWARTZ, 2009; TRINQUET, 2010), cuja proposta central é o confronto entre os portadores do conhecimento conceitual e os trabalhadores, portadores dos saberes imanentes à atividade (SCHWARTZ, 2000; HOLZ; BIANCO, 2014).

Conforme Holz e Bianco (2014) para se discorrer sobre o trabalhador e as questões por ele engendradas, a ergologia não utiliza os conceitos de sujeito ou subjetividade, mas sim de “[...] ‘corpo-si’, árbitro no mais íntimo da atividade, [...] que não é um ‘sujeito’ delimitado, definido, mas uma entidade enigmática que resiste às tentativas de ser objetivado” (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010, p. 196).

Com base no conceito de “corpo-si”, Schwartz (2000) justifica a

utilização da palavra “uso” para elaborar sua concepção de trabalho e seu lugar privilegiado na abordagem ergológica: o “uso de si” é a manifestação do “si”.

O profissional da saúde vivencia o que Schwartz (1998) chama de dramáticas de uso de si, determinadas situações em que o indivíduo precisa fazer escolhas, arbitrando entre valores diferentes ou contraditórios. “Dramática” remete ao fato de que no trabalho há sempre um destino a se viver, destino que será determinado pelas escolhas feitas constantemente. Com as escolhas, sabe-se que há os riscos:

[...] de falhar, de criar dificuldades novas, de desagradar” e, ao mesmo tempo, “escolher essa ou aquela hipótese é uma maneira de se escolher a si mesmo e em seguida de ter que assumir as consequências de suas escolhas.” (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010, p.191).

Corroborando com Schwartz, Scherer (2006 p. 97) afirma que “é nas dramáticas do uso de si, por si e pelos outros, que o profissional vai desenvolver meios de defesa para enfrentar o meio renormalizando suas atividades como resposta”. As renormalizações acontecem permanentemente na atividade em função da insuficiência do prescrito para orientar o agir no ambiente de vida, de aprendizagem e de confronto entre saberes (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

No conceito de renormalização engloba-se a historicidade dos trabalhadores, o que lhes provê meios de reconfigurar as normas antecedentes, isto é, as normas instituídas no coletivo do trabalho (BIANCO; ALMEIDA; BINDA, 2012).

Na compreensão de Schwartz, Duc e Durrive (2010, p. 196),

[...] o trabalhador é constantemente confrontado com variabilidades na realização de suas atividades, sendo-lhe impossível escapar de micro escolhas rotineiras. Diante disso, o corpo-si é o árbitro e gestor dessas variabilidades que o impulsionam a escolher entre trabalhar “por si” ou “pelos outros”, gerindo, assim, seu trabalho.

Essa é a realidade do trabalhador em saúde, marcada no seu cotidiano por micro escolhas e variabilidades, determinado por leis, normas, protocolos, técnicas, procedimentos e políticas de saúde pensadas à segurança do paciente e à saúde do trabalhador.

Os mesmos autores explicam que o uso de si pelos outros remete a um conjunto de estatutos diversos, uma vez que jamais se trabalha totalmente sozinho. Os outros podem ser os colegas de trabalho ou ainda podem estar fora da proximidade imediata; podem ser os avaliadores do trabalho; ou os que pagam pelo trabalho; ou ainda os que fazem a prescrição e as normas científicas, técnicas, organizacionais, gestonárias ou hierárquicas. Tudo isso está presente na intimidade das escolhas que o trabalhador faz sobre esse ou aquele procedimento, fazendo do trabalho uma realidade profundamente coletiva e profundamente individual, visto que é profundamente singular (HOLZ; BIANCO, 2014).

O encontro direto com o trabalhador é o momento mais importante no entender dos ergologistas, pois se refere ao posicionamento que cada trabalhador toma diante das normas com as quais se depara, confrontando-as e alterando-as, fazendo escolhas, arriscando-se, fazendo uso dos seus gostos, da sua inteligência, da sua história e da sua sensibilidade, recombinao valores e critérios na busca por uma adequação à sua realidade, o que leva cada ato de trabalho a ser único de trabalhador para trabalhador (SCHWARTZ, 2004; DURAFFOURG; DUC; DURRIVE, 2010; SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010).

Analisar o trabalho dos profissionais e da equipe de saúde é investigar a situação na qual a atividade se inscreve na aderência e desaderência das normatizações e renormatizações. É nesse contexto vital, que aparece a dialética do uso de si por si (do seu corpo, da sua inteligência, da sua história, da sua sensibilidade, de seus gostos) e do uso de si pelos outros, ou seja, da faceta coletiva do trabalho que o autoriza e o enquadra normas antecedentes; o individual e o coletivo estão conjugados (SCHWARTZ; DURRIVE, 2003).

Na perspectiva de Schwartz, o primeiro efeito da abordagem ergológica numa organização é: trabalhar e refletir sobre o trabalho com aqueles que são os protagonistas da atividade. Para realizar essa análise, a ergologia dispõe de uma proposição analítica, é um esquema que pode ser enriquecido, portanto adaptável aos objetivos deste estudo, que traz a ideia de um espaço tripolar, denominada de Dispositivo Dinâmico de 3 Polos (DD3P) (SCHWARTZ; DURRIVE, 2003).

O dispositivo dinâmico dos 3 polos é uma formação ergológica, ou seja, uma metodologia estruturada com pressupostos epistemológicos constituída pelos ergologistas com dispositivos dinâmicos que se comunicam e se inter-relacionam em 3 polos de saberes, com características específicas em cada polo, para a resolução coletiva dos

problemas nos ambientes de trabalho, pelo diálogo dos saberes constituídos e investidos, sob os olhares epistêmicos da filosofia (TRINQUET, 2010), com foco nos valores que circulam e renovam indefinidamente a atividade de trabalho (SCHWARTZ, 2000; SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010; SOUZA; BIANCO, 2007).

O DD3P constitui-se tendo por base o confronto e a acareação entre saberes técnicos e científicos (polo I), com as experiências e os saberes imanentes às atividades (polo II), em que se situam forças de convocação e reconvocação para o retrabalho desses saberes, essa acareação é realizada sob o olhar de uma exigência filosófica (polo III), concebida como processos socráticos ou socratismos capaz de provocar a Inter fecundação entre os dois primeiros polos e de renovar os saberes formais e disciplinares rumo à transformação dos meios de vida, numa postura ética e reflexiva (SCHWARTZ, 2002; BRITO; BOTECHIA; ATHAYDE, 2007; SOUZA; BIANCO, 2007; SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; TRINQUET, 2010; ARANHA, 2011).

Em seus estudos, Holz e Bianco (2014, p.502) apresentam o que compete a cada polo:

O polo I, conceitual dos saberes constituídos: refere-se a todos os conceitos, competências e conhecimentos disciplinares acadêmicos e/ou profissionais. Ou seja, todos os saberes que são necessários, mas exteriores e anteriores à situação de trabalho estudada, ou ainda, saberes que estão em desaderência com a atividade estudada. São, portanto, esses saberes que, essencialmente, permitem elaborar o trabalho prescrito.

O polo II, o das forças de convocação e de reconvocação dos saberes investidos na atividade: refere-se à experiência prática e, permanentemente, recriadora de saberes através dos debates de normas que, no instante em que são conhecidos, jamais podem ser apreciados e controlados pelos *saberes constituídos*. São eles os verdadeiros saberes! Evidentemente, muito intrincados, muito ligados à atividade em questão, muito mais situados no tempo e no espaço, resultado de uma história singular por serem elaborados em tempo real. É por essa razão que o classificamos em aderência com a atividade estudada, como já foi referido. Aí é que reside o seu interesse e o que os tornam indispensáveis.

Esses dois pólos de saberes se diferenciam em suas origens, suas formas e seus conteúdos, que remetem às funções, aos papéis e às responsabilidades de cada participante. Todavia, para analisar uma situação particular de trabalho, ambos os saberes são complementares.

O polo III - das exigências éticas e epistemológicas: refere-se à capacidade de provocar a Inter fecundação entre os dois primeiros polos e de renovar os saberes formais e disciplinares rumo à transformação dos meios de vida, numa postura ética e reflexiva. Neste terceiro polo, dá-se o processo de acareação onde todos os interlocutores definem e elaboram as disposições e os meios para que a busca de soluções seja possível de modo cooperativo, de maneira a produzir um saber inédito a propósito da atividade humana”. (TRINQUET, 2010; SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010; BRITO; ARANHA, 2011).

O método ergológico descrito, utilizado em vários estudos na área da saúde brasileira e da enfermagem será adaptado à investigação que irá analisar a implantação dos núcleos de segurança dos pacientes nos hospitais escola de Florianópolis/SC e Manaus/AM, de maneira que possa se produzir um saber sobre as atividades da equipe de saúde após a implantação dos núcleos de segurança dos pacientes.

A ferramenta analítica da nossa investigação é o DD3P. Adaptar os dispositivos ergológicos ao nosso estudo implica pensar sua articulação com o cotidiano das atividades da equipe de saúde e com a equipe que implantou o núcleo de segurança do paciente nos hospitais escola. Na visão de Schwartz, o primeiro efeito da abordagem ergológica numa organização é trabalhar e refletir sobre o trabalho com aqueles que são os protagonistas da atividade, esse é o nosso ponto de partida (SCHWARTZ; DURRIVE, 2003).

Portanto, o referencial teórico metodológico apresentado, nos permitirá investigar as atividades dos profissionais da área saúde, cada vez mais importantes, no contexto histórico atual, de consolidação das políticas de saúde brasileiras voltadas à segurança do paciente e desta forma, elaborar uma teoria do conhecimento sobre a realidade do trabalho das equipes de saúde investigadas.

4 PERCURSO METODOLÓGICO DO ESTUDO

O percurso metodológico do estudo descreve a sua natureza e o delineamento aplicado à segurança do paciente com o referencial teórico da ergologia, seus desdobramentos fundamentados pela contribuição de autores e de métodos da pesquisa qualitativa na área da saúde.

O presente estudo investigou a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em dois hospitais universitários federais do Norte e do Sul do Brasil.

Para o alcance dos objetivos, ocorreram as seguintes etapas metodológicas.

4.1 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Para nortear a revisão de literatura, utilizou-se uma estrutura formal e pré-definida de trabalho, (ANEXO C) baseado em um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado (GANONG, 1987; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). O percurso compreendeu a sequência do protocolo nas seguintes etapas: definição da participação dos pesquisadores; recursos materiais; pergunta norteadora; objetivo; desenho do estudo; critérios de inclusão; critérios de exclusão; estratégias de busca; seleção dos estudos; avaliação crítica dos estudos; informações extraídas dos estudos; síntese e conclusões.

A pesquisa foi orientada a partir da seguinte questão: do que tratam os estudos atuais sobre estratégias desenvolvidas pela equipe de saúde em hospitais para a segurança do paciente? Para atestar a confiabilidade dos resultados, garantindo assim o rigor científico de pesquisas dessa natureza, os dados foram obtidos na modalidade duplo-cego, com a participação de uma docente da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), especialista em Segurança do Paciente.

A busca dos estudos para a pesquisa ocorreu de 01a 30 de julho de 2018, realizada nas bases de dados: Biblioteca Virtual Saúde (BVS), no portal de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e da *U.S. National Library of Medicine* (PUBMED) que permite acesso a um banco de dados com as citações, resumos e artigos.

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos publicados no formato de artigos científicos completos e disponibilizados na íntegra, de forma gratuita, com acesso via institucional da UEA e UFSC (artigos originais, revisões sistematizadas, artigos de periódicos) publicados entre 2013 e 2018, indexados nas bases de dados referenciadas, nos idiomas inglês, espanhol e português, com descritores e/ou palavras-chave listados no protocolo, identificando-se resumo, título, objetivo geral e/ou específicos, destacando-se tema estratégias desenvolvidas para a segurança do paciente em hospitais públicos.

Para nortear a revisão de literatura, utilizou-se uma estrutura formal e pré-definida de trabalho, (APÊNDICE A) baseado em um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado (GANONG, 1987; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). O percurso compreendeu a sequência do protocolo nas seguintes etapas: definição da participação dos pesquisadores; recursos materiais; pergunta norteadora; objetivo; desenho do estudo; critérios de inclusão; critérios de exclusão; estratégias de busca; seleção dos estudos; avaliação crítica dos estudos; informações extraídas dos estudos; síntese e conclusões.

O estudo está anexado nos resultados da tese apresentado no formato de manuscrito para o aprofundamento do objeto investigado neste estudo.

4.2 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é uma pesquisa de campo de natureza qualitativa com delineamento exploratório-descritivo. A abordagem exploratória e descritiva pode ser utilizada quando existe interesse em explorar, conhecer, descrever através de dados subjetivos e profundos uma situação não conhecida, permitindo ao pesquisador aumentar sua experiência em torno dela, criando maior familiaridade, de modo que possa ao final do estudo apresentar sugestões ou intervenções e não somente informações (LEOPARDI, 2002).

A pesquisa qualitativa é “utilizada para descobrir e apreender o significado atribuído a questões específicas para um determinado grupo, em seus ambientes naturais” (CRESWELL, 2014, p. 53). Observar as pessoas em seu próprio território implica, assim, o encadeamento entre observar, juntar-se a elas e conversar com as pessoas, para compreender e apreender o contexto (SOUZA, 2014, p. 287; POPE, 2008, p.14).

A pesquisa qualitativa busca estudar o fenômeno em si e entender

seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas no seu dia-a-dia. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam (TURATO, 2008). As metodologias qualitativas são:

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação. (MINAYO, 2004, p. 22-23).

A atividade humana é o objeto da análise ergológica, todo exercício do trabalho implica em debater as normas, no centro do debate estão às dramáticas, entre normas antecedentes e renormalizações, articulando saberes e valores de todos os tipos. Para se compreender o conteúdo desse debate de normas, sempre deverá ser contextualizado no cenário e no tempo onde a atividade se realiza. Os profissionais da saúde participantes do estudo estão no centro das discussões sobre segurança do paciente e continuamente debatem as normas e promovem renormalizações, fazem emergir estratégias e novas relações, de acordo com as exigências humanas vitais (SWARTZ, 2000; CUNHA, 2014).

Nesta perspectiva, o enfoque ergológico da pesquisa na área da saúde traz contribuições às organizações, como os hospitais universitários públicos, com espaços mais democráticos de trabalho por estarem abertos a desenvolver algum tipo de diálogo sobre o trabalho, visando à possibilidade de transformação do espaço que passa a agregar a esse contexto o ponto de vista do trabalho humano e as contribuições que possam dele advir para a transformação dos espaços organizacionais.

4.3 LOCAL DO ESTUDO: HUGV/AM E HU/UFSC/SC

O estudo foi realizado em dois Hospitais Universitários Federais Brasileiros: o Hospital Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas - HUGV/UFAM, situado na Região Norte do Brasil e o Hospital Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC, na Região Sul do Brasil, após autorização com a assinatura do Termo de Anuência dos gestores e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das instituições investigadas (Anexo A).

Figura 1 – Fotos das fachadas dos hospitais Universitários HUGV/UFAM e HU/UFSC.



Fonte: HUGV; HU/UFSC, (2016).

Os HUs são importantes centros de cuidado, de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias para a área da saúde. Prestam apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão nas instituições de ensino às quais estão vinculados. No campo da assistência à saúde, os HUs são centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, garantem melhores padrões de eficiência e melhores práticas no cuidado, vinculados à rede do SUS. Atuam também com programas de capacitações oferecendo oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde (BRASIL, 2015).

Os HUs atualmente apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. No entanto, todos desempenham papel de destaque na comunidade no qual estão inseridos (BRASIL, 2015).

No Brasil, a Portaria Interministerial n. 285, datada de 24 de março de 2015, redefine o programa de certificação dos HUs. Esta normativa aponta, dentre outras considerações importantes, para a necessidade de garantir progressivamente melhoria da qualidade dos serviços na área da saúde, oferecidos pelos hospitais de ensino, constituindo campo de prática baseada em evidências para o ensino, pesquisa e incorporação tecnológica. Estes são considerados pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e devem ter a qualificação da atenção e da gestão, e a integração aos demais pontos de atenção como requisitos para a boa prática do ensino e da pesquisa de interesse para o SUS (BRASIL, 2015).

4.3.1 Característica, estrutura organizacional e assistencial do HUGV/UFAM e do HU/UFSC

Os HUs atualmente apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento, no entanto, todos desempenham papel de destaque na comunidade na qual estão inseridos.

O Brasil possui um total de cinquenta (50) HUs, vinculados a trinta e seis (36) universidades federais, assim distribuídos: as regiões sudeste e nordeste possuem o maior número de HU, com dezessete (17) instituições em cada região; a região sul possui sete (07) HU; a região centro-oeste cinco (05) HU; e, por fim, a região norte, com quatro (04), HU (EBSER, 2015).

No universo deste, o Hospital Getúlio Vargas (HGV) foi inaugurado em 1965, por iniciativa do Governo Estadual do Amazonas. A Faculdade de Medicina teve o seu curso implantado no mesmo ano e iniciou seu funcionamento nas dependências do Grupo Escolar Plácido Serrano, localizado ao lado do HGV. Em 1981, o HGV foi cedido à Universidade do Amazonas e, em 1983, o hospital e seu patrimônio foram doados à UFAM, quando passou a ser reconhecido e denominado Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV.

O HUGV está localizado no município de Manaus/AM. O município conta com uma população de 2.145.444 habitantes (IBGE, 2018), o hospital atende a população que integra a região metropolitana do entorno de Manaus, com abrangência de 12 municípios e 2.523.901 habitantes.

Por suas características de natureza pública e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), dispõe de atendimento 100% SUS, tendo por missão cultivar o saber em todas as áreas do conhecimento por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, contribuindo para a formação de cidadãos e o desenvolvimento da Amazônia e por visão reconhecimento da excelência alcançada do ensino público, na produção científica e na contribuição para o desenvolvimento social com servidores capacitados, valorizados e comprometidos com a missão (HUGV, 2016).

Possui Infraestrutura adequada para a missão com gerenciamento eficaz por informações dos processos administrativos acadêmicos e técnicos.

O HUGV dispõe atualmente de uma estrutura de 48 consultórios e 159 leitos hospitalares, dos quais 30 leitos são de Unidade de Terapia Intensiva. O HUGV disponibiliza 04 leitos de Saúde Mental para

atender à Portaria GM/MS nº 3.088, de 23/12/11 e PT GM/M nº 148 de 31/01/12 (BRASIL, 2011; 2012).

O HUGV atende as seguintes especialidades: cardiologia, cirurgia geral, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, nefrologia, urologia, neurologia e neurocirurgia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, traumatologia, otorrinolaringologia, plástica, torácica, total, clínica médica e cirúrgica, dermatologia, geriatria, hematologia, pneumologia e saúde mental.

O HUGV conta com 11 unidades assistenciais com estruturação progressiva das linhas de cuidado. Em relação às linhas, iniciou a organização por meio das Unidades Materno Infantil (Obstetrícia, Neonatologia, Banco de Leite e Projeto Canguru) e de Hematologia/Oncologia (Oncologia Clínica e Cirúrgica e Hematologia Oncológica), implantadas com a abertura do novo hospital.

Atuam nestes setores 655 profissionais de nível médio e superior, sendo 369 técnicos, 127 enfermeiros, 35 farmacêutico bioquímico, 10 fisioterapeutas, 7 psicólogos, 5 assistentes social, 10 nutricionistas e 92 médicos.

O dimensionamento de serviços assistenciais tem por objetivo mapear todas as áreas do hospital, sua complexidade, identificando cada serviço, instalações físicas (salas, nº de leitos) e profissionais/especialidades, para subsidiar o processo de dimensionamento de pessoas, bem como a revisão de contratualização com a Gestão do SUS.

A estrutura organizacional assistencial do HUGV/UFAM está composta de 3 (três) Divisões, 4 (quatro) Setores e 21 (vinte e uma) Unidades, a seguir especificada: **Divisões** (03): 1. Divisão de Gestão do Cuidado: composta por 11 (onze) Unidades Assistenciais. 2. Divisão Médica. 3. Divisão de Enfermagem. **Setores**: 1. Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: composta por 04 (quatro) unidades. 2. Setor de Apoio Terapêutico: com 06 (seis) unidades. 3. Setor de Regulação e Avaliação em Saúde. 4. Setor de Vigilância em Saúde com 3 (três) unidades implantadas.

O Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Getúlio Vargas está inserido no Setor de Vigilância em Saúde, a sua criação, composição e nomeação dos membros deram-se pela Portaria 65 de 2013, da direção da unidade de saúde de acordo com o artigo 4º da RDC 36 de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

O Núcleo de Segurança do Paciente é composto por equipe uma multiprofissional com 9 enfermeiros, 1 médico, 2 fisioterapeutas, 1 farmacêutico, 1 gestor do setor de tecnologias 1 nutricionista, e 1 gestor de compras, foi recomposta durante o período de 2014 em razão das

mudanças estruturais administrativas decorrentes de adequações e contratação de recursos humanos por concurso público.

O segundo hospital investigado é Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC, fundado em 1980, apesar das obras de construção terem iniciado em 1964. Sua fundação só foi possível em função de intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades federais para a obtenção de recursos que permitissem a sua inauguração (HU/UFSC, 2015).

Dentro da Estrutura Organizacional da UFSC é considerado um órgão suplementar diretamente vinculado a Reitoria. Foi concebido na perspectiva do trinômio do ensino, da pesquisa e da extensão na área da saúde e de outras áreas de conhecimento, as quais estão inseridas neste campo de estudos.

O HU/UFSC tem como missão de preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social (HU/UFSC, 2015).

O Hospital Universitário atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) da comunidade local, estadual e nacional, sem distinção. Busca ao longo de sua história, responder às políticas públicas, atuando nos três níveis de assistência: atenção básica, média e alta complexidade nas diversas especialidades, dentre as quais, obstetrícia, neonatologia, ginecologia, pediatria, cirurgia, hemodiálise, tratamento intensivos e clínico, inseridos nas diversas unidades assistenciais.

O Hospital Universitário possui um total de 210 leitos ativos e 116 desativados (HU/UFSC, 2015). O HU/UFSC vem enfrentando dificuldades de recursos humanos e financeiros, com déficit significativo no quadro de servidores, instalações físicas deficientes e subutilização da capacidade instalada, reduzindo assim a oferta de serviços à comunidade. Esta realidade está mudando, a partir da contratação de novos profissionais, com retomada da reabertura de leitos.

A Universidade Federal de Santa Catarina, em março de 2016, firmou contrato de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, nos termos do Artigo 6º, da Lei nº 12.550/2011.

Historicamente, por sua natureza e missão, o HU/UFSC se destaca no cenário nacional como promotor das melhores práticas de cuidados em saúde e a segurança do paciente. Implementou os protocolos de segurança do paciente preconizados pela Organização Mundial de Saúde antes da publicação da portaria ministerial que criou

o Programa Nacional de Segurança do Paciente e aderiu o programa ao criar o Comitê de Segurança do Paciente COSEP (COSEP, 2016).

A criação do Comitê de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago / HU/UFSC, a composição e nomeação dos seus membros deram-se pela Portaria 022/2015/DG/HU de 30 de janeiro de 2015, da direção da unidade de saúde de acordo com o artigo 4º. da RDC 36 de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sua composição é multiprofissional com 14 enfermeiras, 3 médicos, 3 farmacêuticos e 2 fonoaudiólogos.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra do estudo foi intencional, composta pelos subgrupos dos profissionais dos dois hospitais que atuam nos NSP/COSEP, nas CCIHs, nas clínicas médica, cirúrgica e unidade de terapia intensiva. A amostragem intencional ou não probabilística exige a escolha de um subgrupo considerado representativo de toda a população (GIL, 2010).

Pesquisadores qualitativistas, defendem que para a garantia da credibilidade das amostras não probabilísticas, é necessário um rigoroso cuidado, com a definição de critérios de inclusão e exclusão prévios que sustentem e garantam o cumprimento dos objetivos da pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; FONTANELA et al., 2011). O principal critério para a seleção dos participantes do estudo foi o envolvimento e a participação dos subgrupos de serviço na temática investigada.

Diante do exposto, foram elencados os critérios de inclusão para escolha dos profissionais estudados:

- a) profissionais concursados lotados no hospital;
- b) que participaram assiduamente das reuniões dos NSP e das CCIH;
- c) que tivessem mais de três anos atuando na Clínica Médica, Cirúrgica e UTI;
- d) que participaram dos processos de formação e treinamento para a implantação dos NSP;
- e) que conheçam os objetivos da Portaria 529 de 1º. de abril de 2013 e a RDC 36 de 25 de julho de 2013;
- g) que aceitassem participar do estudo de forma voluntária, após apresentação pelo pesquisador, do método de investigação, dos objetivos da pesquisa, dos riscos e benefícios decorrentes

da participação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, (anexo 1), (BRASIL, 2012).

Como critérios de exclusão da pesquisa foram considerados:

- a) Profissionais em período de férias e licenças médicas;
- b) Profissionais declarados indígenas, por normatividade da Resolução 466, que determina a submissão e aprovação ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador participou da reunião mensal do NSP/COSEP para ciência e apresentação do projeto de pesquisa.

O contato com os participantes do estudo foi realizado no local de trabalho com a finalidade de agendar a entrevista que ocorreu na hora e data acordada com o participante.

A amostra inicial correspondeu a 49 participantes escolhidos e definidos nos critérios estabelecidos, dos quais 24 (48, 97%) no hospital HUGV, e 25 (51,08%) no hospital HU/UFSC, e destes quarenta e um (41) fizeram parte da amostra final do estudo e responderam o instrumento de coleta de dados representando taxa de retorno de (83,67%), dos quais 20 (48,78%) no Hospital HUGV, e 21 (51,21%) no Hospital HU/UFSC. O encontro com o participante foi precedido de leitura criteriosa e explicativa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a anuência do mesmo.

Os participantes do estudo foram identificados pelas siglas EM que significa entrevista com participante do hospital de Manaus e EF entrevista com participante do hospital de Florianópolis, seguidos de número ordinal referente a sequencia em que as entrevistas foram realizadas.

A tabela 1 descreve as características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Tabela 1. Características Sociodemográficas dos profissionais da saúde que atuam nos NSP, UTI, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HUGV e HU/UFSC.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Enfer. (26)	Med. (4)	Farm. (4)	Fono (2)	Nut (1)	Fisiot. (2)	T.I e C. (2)	Total (41)
Faixa Etária								
Até 20 anos	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0(0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
21 a 30 anos	5 (11,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0 (0%)	5 (12,2%)
31 a 40 anos	5 (11,8%)	0 (0%)	1(2,4%)	0(0%)	1(2,4%)	1(2,4%)	0 (0%)	8 (19,5%)
41 a 50 anos	7 (17,1%)	1(2,4%)	1(2,4%)	0(0%)	0 (0%)	1(2,4%)	1(2,4%)	11(26,7%)
>50 anos	9 (21,9%)	3(7,3%)	2(4,8%)	2(4,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1(2,4%)	17 (41,4%)
Sexo								
Feminino	22(54,0%)	3(7,3%)	3(7,3%)	2(4,8%)	1(2,4%)	2(4,8%)	0(0%)	33(80,4%)
Masculino	4 (9,7%)	1(2,4%)	1(2,4%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	2(2,4%)	8(19,5%)
Tempo de Trabalho no hospital								
Menos de 1 ano	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
1 a 5 anos	3 (7,3%)	0(0%)	1(2,4%)	0(0%)	0 (0%)	0(0%)	0 (0%)	4(9,7%)
6 a 10 anos	6 (14%)	1(2,4%)	1(2,4%)	1(2,4%)	0 (0%)	2(2,4%)	1(2,4%)	12(29,3%)
11 a 15 anos	8 (19%)	1(2,4%)	2(4,8%)	1(2,4%)	1(2,4%)	0(0%)	1(2,4%)	14(34,9%)
16 a 20 anos	7 (17%)	1(2,4%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	8(19,5%)
>20 anos	2(4,8%)	1(2,4%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	3(7,3%)
Carga hs / semana								
<30 h/semana	15(36,%)	3(7,3%)	3(7,3%)	1(2,4%)	0(0%)	1 (2,4%)	0(0%)	23(56,%)
De 30-40 h/sem.	11(26%)	1(2,4%)	1(2,4%)	1(2,4%)	1(2,4%)	1(2,4%)	2(2,4%)	18(43,9%)
Grau de Instrução								
Superior	4 (9,7%)	0(0%)	1(2,4%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	5(12,2%)
Especialização	4 (9,7%)	0(0%)	1(2,4%)	1(2,4%)	1(2,4%)	1(2,4%)	2(2,4%)	10(24,3%)
Mestrado	9 (22%)	1(2,4%)	1(2,4%)	1(50%)	0(0%)	1(2,4%)	0(0%)	13(34,9%)
Doutorado	9 (22%)	2(4,8%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0 (0%)	0(0%)	11(26,8%)
Pós-Doutorado	0 (0%)	1(2,4%)	1(2,4%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	2(4,8%)
Vínculos Empregat.								
1 vínculo	11 (26%)	1(2,4%)	2(4,8%)	1(2,4%)	1(2,4%)	1(4,8%)	2(4,8%)	19(46,4%)
2 vínculos	9 (21%)	2(4,8%)	2(4,8%)	1(2,4%)	0(0%)	1 (2,4%)	0(0%)	15(36,5%)
3vínculos	6 (14%)	1(2,4%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	7(17%)

Fonte: Elaborada pelo autor (2018).

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados ocorreu no período de setembro de 2017 a agosto de 2018, após a emissão do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa CEP com o CAAE: 68954517.3.0000.0121 (Anexo B) e conduzido de acordo com as Diretrizes e Normas da Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, dispostas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS).

Os instrumentos para a coleta de dados foram delineados de acordo com os objetivos do estudo: 1) Roteiro para Análise dos registros do NSP e das normas operacionais vigentes (Apêndice A); 2) um roteiro semiestruturado para entrevista (Apêndice B), que foi registrada com o auxílio de um gravador de áudio; 3) Um roteiro para Observação Participante (Apêndice C) com um diário de campo (notas de campo) com roteiro orientador para a observação dos participantes da pesquisa; 4) Roteiro para o Grupo Focal (Apêndice D) com os membros do NSP, utilizado após as entrevistas.

A coleta dos dados iniciou-se com a identificação dos documentos do NSP/COSEP. Os documentos foram apresentados e disponibilizados pelos coordenadores dos núcleos.

Os registros datam do período de 2013 a 2017, armazenados e catalogados no formato digital e impresso. O acesso aos documentos deu-se mediante solicitação formal pelo Termo de Anuência de Utilização de Dados (TCUD) junto à direção da unidade hospitalar que autorizou o setor responsável a disponibilizar o acesso e utilização para fins de pesquisa, estudos epidemiológicos, viabilidade financeira para aquisição de materiais, insumos e equipamentos, fiscalização das agências de controle interno e externo de saúde.

Os documentos coletados estavam disponíveis nas ferramentas do sistema de gestão e nos arquivos da unidade hospitalar e principalmente no NSP/COSEP. Após a coleta dos documentos procedeu-se a digitalização e impressão de todos.

Foram identificados 28 documentos emitidos a partir da criação do NSP/HUGV. Dentre os documentos encontrados, foram selecionados de maior significado para o estudo: as Portarias de criação e nomeação dos membros do NSP, o Regimento Interno do NSP, os Planos de Segurança do Paciente, os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) dos setores investigados, as notificações dos eventos adversos, os protocolos de segurança do paciente, os relatórios das notificações dos eventos adversos, os indicadores de segurança, análise da causa raiz dos

eventos adversos e as atas das reuniões dos NSP/COSEP.

A análise dos documentos permitiu caracterizar e contextualizar a situação de cada NSP/COSEP, sua história, estrutura organizacional, estratégias e mudanças implementadas para segurança do paciente.

Os documentos encontrados foram organizados e distribuídos em quadros para a classificação e compreensão das estratégias organizacionais traçadas pelos NSP/COSEP.

O quadro 3 é composto pelos documentos publicados pela direção do Hospital Getúlio Vargas que criou o Núcleo de Segurança do Paciente, no período de 2013 a 2017.

Quadro 3. Relação dos documentos do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Getúlio Vargas de Manaus.

N	Documento	Responsável	Ano
1.	Portaria de Criação do Núcleo de Segurança do Paciente	Direção do Hospital	2013
2.	Portaria de nomeação dos membros do NSP	Direção do Hospital	2013
3.	Plano de Segurança do Paciente	NSP e equipe multiprofissional	2013
4.	Plano Estratégico de Segurança do Paciente	NSP e equipe multiprofissional	2013-2017
5.	Relatório e Atas das reuniões mensais do NSP	NSP	2013, 2014, 2015, 2016, 2017
6.	Relatório das ações do NSP e CCIH	NSP e CCIH	2013-2017
7.	Indicadores de quedas dos leitos	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
8.	Indicadores de lesões por pressão	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
9.	Indicadores de cirurgia segura	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
10.	Indicadores dos eventos adversos com medicamentos	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
11.	Análise e avaliação dos indicadores de segurança do paciente CCIH e NSP	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
12.	Protocolos de Segurança do paciente implantados	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
13.	Protocolo de lesão por pressão	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
14.	Protocolo de medicação	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
Continua...			

N	Documento	Responsável	Ano
Conclusão			
15.	Protocolo de cirurgia segura	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
16.	Protocolo de prevenção de quedas	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
17.	Protocolo de higienização das mãos	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
18.	Protocolo de identificação do paciente	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
19.	Protocolo de comunicação	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
20.	Protocolo de transporte de pacientes	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
21.	Roteiro para análise da causa raiz dos eventos adversos	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
22.	Estudo, avaliação, relatório, comunicação e formação dos profissionais envolvidos nos eventos adversos	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
23.	Relatório da implantação dos protocolos de segurança do paciente	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
24.	Formulário de Auto- Avaliação das práticas segurança do paciente	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
25.	Diretrizes para o funcionamento do NSP no HUGV	EBSERH	2013-2017
26.	Imagens, áudios e registros das campanhas e das semanas segurança do paciente	NSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
27.	Termo de inspeção da Fundação de Vigilância Sanitária ao NSP do HUGV	Equipe da FVS/AM.	2014 e 2017

Fonte: NSP/HUGV, (MANAUS, 2017).

Na sequência, apresenta-se, o quadro 4, composto pelos documentos da direção do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) e da Comissão de Segurança do Paciente – COSEP no período de 2015 a 2017.

Quadro 4. Relação dos documentos da Direção Geral e do Comitê de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC

N	Documento	Responsável	Ano
1.	Portaria de criação do COSEP	Direção	2013
2.	Plano de Segurança do Paciente	CSP e Equipe multiprofissional	2013
3.	Regimento interno do COSEP HU/HUFSC	CSP e Equipe multiprofissional	2013
4.	Relatórios e Atas das reuniões mensais do CSP	CSP	2013, 2014, 2015, 2016, 2017
5.	Relatório das ações do CSP e CCIH	CSP e CCIH	2013-2017
6.	Indicadores de quedas dos leitos	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
7.	Indicadores de lesões por pressão	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
8.	Indicadores de cirurgia segura	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
9.	Indicadores dos eventos adversos com medicamentos	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
10.	Análise e avaliação dos indicadores de segurança do paciente CCIH e CSP	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
11.	Protocolos de Segurança do paciente implantados	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
12.	Protocolo de lesão por pressão	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
13.	Protocolo de medicação	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
14.	Protocolo de cirurgia segura	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
15.	Protocolo de prevenção de quedas	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
16.	Protocolo de higienização das mãos	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
17.	Protocolo de identificação do paciente	CSP e Equipe Multiprofissional	Em estudo
18.	Protocolo de comunicação	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
19.	Roteiro para análise da causa raiz dos eventos adversos	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
20.	Estudo, avaliação, relatório, comunicação e formação dos profissionais envolvidos nos eventos adversos	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
			Continua...

N	Documento	Responsável	Ano
Conclusão			
21.	Relatório da implantação dos protocolos de segurança do paciente	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
22.	Formulário de Auto- Avaliação das práticas segurança do paciente	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
23.	Diretrizes para o funcionamento do NSP no HUUFSC	EBSERH	2013-2017
24.	Imagens e registros das campanhas Seg. paciente	CSP e Equipe Multiprofissional	2013-2017
25.	Relatórios e Atas das reuniões mensais do NSP	CSP	2013, 2014, 2015, 2016, 2017

Fonte: COSEP/HU/UFSC, (FLORIANÓPOLIS, 2018).

Foram catalogados 27 documentos emitidos a partir da criação do COSEP e estão disponíveis para consulta.

Nos documentos oficiais encontrados, estão registradas e descritas minuciosamente todas as atividades realizadas pelo COSEP, com destaque para os Regimentos Internos, os Planos de Segurança do Paciente, os protocolos de segurança do paciente, os índices dos indicadores e das notificações dos eventos adversos e os registros dos estudos e análise da causa raiz dos eventos adversos com danos aos pacientes e as atas das reuniões dos NSP/COSEP.

Os documentos dos NSP/COSEP digitalizados foram organizados e inseridos no software Atlas.ti 7.5.1.0 no *primary documents* ou P-Docs (PDs) para evidenciar a sua importância organizacional no processo de implantação e consolidação do núcleo. Os documentos selecionados emergem como uma estratégia importante em que as ações desenvolvidas e implementadas pelos NSP/COSEP estão registrados e executados de acordo com o plano de segurança do paciente.

Na etapa seguinte foram realizadas entrevistas semiestruturadas, após agendamento com os participantes do estudo, no local de trabalho ou onde o participante sentia-se confortável, seguindo um roteiro previamente estabelecido com perguntas abertas e fechadas. As perguntas fechadas visavam identificar o perfil do participante, uma vez que “consiste em garantir a comparação das respostas e facilitar a análise” (POLIT; BECK, 2011, p.378).

A entrevista com as perguntas abertas foram direcionadas para o objeto de pesquisa deste estudo, a fala do participante gerou muitas informações, expressou suas percepções sobre as mudanças ocorridas e pôde-se captar o sentido e a importância dos novos processos

implantados com a implantação do NSP.

O roteiro da entrevista semiestruturada buscou identificar:

- a) o perfil dos participantes;
- b) as informações relativas ao trabalho dos profissionais de saúde;
- c) a estrutura organizacional do NSP;
- d) a caracterização das práticas assistenciais que a equipe desenvolve para a segurança do paciente;
- e) as relações de trabalho na equipe multiprofissional de saúde;
- f) as condições de trabalho;
- g) a caracterização dos profissionais da saúde relacionando o prescrito com o realizado e sua influência na melhoria das condições do trabalho e do cuidado;
- h) as dificuldades com a implantação do NSP, do PSP e dos protocolos de segurança do paciente;
- i) a compreensão e a percepção da cultura de segurança do paciente;
- j) motivos de interesse ou desinteresse na notificação dos eventos adversos e na gestão de riscos;
- l) introdução de sistemas: como os prontuários eletrônicos, sistemas de distribuição e controle dos medicamentos, softwares organizacionais, produzem melhorias;
- m) se o clima de segurança e melhores práticas em saúde têm contribuído e qual o sentido.

A etapa seguinte às entrevistas foi à observação. A Observação Participante foi a estratégia metodológica utilizada para a produção de dados do local onde o serviço era realizado. A imersão no cenário de trabalho buscou compreender o desenvolvimento das atividades de trabalho e aplicabilidade do conhecimento dos trabalhadores.

A observação dos trabalhadores ocorreu nas clínicas médica, cirúrgica e unidade de terapia intensiva por um período de aproximadamente um mês, durante seis horas diárias, fazendo-se o acompanhamento in loco nos turnos matutino, vespertino e noturno.

Os diários de campo ou protocolo de campo (CRESWELL, 2014, p. 134; POLIT; BECK, 2011, p.390) consistem no registro de notas descritivas, reflexivas, metodológicas e/ou pessoais. Essas notas registradas representam os esforços do observador para registrar as informações, sintetizar e compreender os dados.

O pesquisador observou:

- a) estrutura: condições físicas do local e de materiais para a

- prestação da assistência em saúde;
- b) o processo de trabalho da equipe multiprofissional: as atividades assistenciais realizadas no setor observado, incluindo como o trabalho é realizado e a sua satisfação em realizá-lo. As relações interpessoais entre os profissionais, e destes com os usuários, assim como dos profissionais com os gestores;
 - c) intercorrências: acontecimentos de origens diversas, tais como: ruídos, conversas paralelas, redes sociais e mídias, ações imprevisíveis da assistência em saúde e que interferiram na segurança dos pacientes;
 - d) reações: as manifestações verbais e não verbais dos participantes, clima de descontentamento e irritação ou satisfação no trabalho.

Na abordagem ergológica, a observação é inerente à atividade do pesquisador. Ao observar as atividades realizadas pelo profissional da saúde e o ambiente onde o trabalhador realiza suas atividades, o pesquisador registra as ações realizadas e descreve o que de fato ocorre nas situações observadas nos registros de campo. Toda análise deu-se num “encontro” da atividade de trabalho (SOUZA, 2104, p. 287).

A observação participante foi estruturada em quadros para a identificação dos hospitais participantes do estudo, do quantitativo das horas observadas e dos cenários onde se procedeu a observação.

Apresenta-se a seguir os quadros com as horas e os turnos de observação, seus respectivos locais e a instituição participante do estudo.

Quadro 5 - Horas de observações realizadas na UTI, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HUGV.

UTI		Médica		Cirúrgica	
Turno	Horas	Turno	Horas	Turno	Horas
Matutino	5:00	Matutino	5:00	Matutino	5:00
Vespertino	5:00	Vespertino	5:00	Vespertino	5:00
Noturno	8:00	Noturno	8:00	Noturno	8:00
Total: 54	18:00		18:00		18:00

Fonte: HUGV, (2017).

Quadro 6. Horas de observações realizadas na UTI, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica do HU/UFSC.

UTI		Médica		Cirúrgica	
Turno	Horas	Turno	Horas	Turno	Horas
Matutino	5:00	Matutino	5:00	Matutino	5:00
Vespertino	5:00	Vespertino	5:00	Vespertino	5:00
Noturno	6:00	Noturno	6:00	Noturno	6:00
Total: 54	16:00		16:00		16:00

Fonte: HU/UFSC, (2017).

Os dados oriundos da análise documental, das entrevistas e da observação foram transcritos e apresentados ao grupo focal que discutiu e analisou os temas mais relevantes identificados para a validação dos mesmos, mediante decisão consensual amplamente discutida pelos grupos dos núcleos para posterior confrontação e aprofundamento das categorias e subcategorias definidas.

O Grupo Focal é um método de pesquisa qualitativa, cujos participantes são pessoas que discutem e interagem entre si sob a supervisão e condução de um moderador, tendo como objeto de estudo uma temática central de interesse (STEWART; SHAMDASANI, 1990).

Segundo Dall’Agnoll e Trench (1999), o “Grupo Focal é uma técnica que tem como vantagem a possibilidade de intensificar o acesso às informações acerca de um fenômeno, tanto pela intenção de gerar novas ideias, como pela averiguação de uma ideia de gerar novas ideias, como pela averiguação de uma ideia em profundidade” (SCHERER, 2006 p.108).

Scherer (2006), em sua tese de doutorado, sustenta que o grupo focal é o espaço: em que diferentes olhares e diferentes ângulos de visões acerca de um fenômeno vão sendo colocados pelos sujeitos, podem ser elaboradas percepções que ainda se mantinham numa condição de latência. A passagem desta condição à de elaboração expressão ocorre no processo interativo que vai se estabelecendo no grupo. “A técnica do grupo focal terá também como objetivo a validação do conteúdo construído a partir das entrevistas” (SCHERER, 2006 p. 108).

As etapas do processo de utilização do grupo focal foram às seguintes:

- a) A composição: O grupo focal foi composto pelos membros do NSP, escolhido para o estudo, reuniu as condições polares definidas pela ergologia dos saberes constituídos e investidos

- para a tomada de decisões sobre as mudanças apontadas com a criação dos NSP;
- b) As dramáticas do uso de si e o desconforto intelectual: foram previstos encontros com o grupo, para que os temas discutidos fossem aprofundados e trabalhados coerentemente com a realidade apreendida, explorada e descrita para a percepção e sensibilização coletiva sobre a importância das transformações geradas pela implantação do núcleo de segurança do paciente;
 - c) Organização epistemológica dos dados: o moderador, em conjunto com o pesquisador e com o anotador, teve as seguintes atribuições principais: 1) rever os objetivos gerais e específicos do estudo; 2) proceder a uma análise sistemática, sequencial, verificável e contínua; 3) eliminar dados irrelevantes; 4) aprofundar estudos sobre o tema principal; 5) separar temas de consenso e temas mais importantes; e 6) interpretar os dados analisados para extrair suas conclusões a respeito do estudo. (CRESWELL, 2014, p. 154).

Realizaram-se quatro encontros com os grupos focais formados pelos NSP/COSEP dos hospitais investigados, com dois encontros em cada hospital. No primeiro encontro foi apresentado aos participantes presentes na reunião do NSP, o projeto e a estrutura investigativa da pesquisa: referencial teórico, o método da pesquisa, o cenário e as anuências da Direção e do Comitê de Ética em Pesquisa.

O segundo encontro aconteceu após a coleta de dados e nele foram apresentadas as pré-categorias ou unidades temáticas que emergiram do estudo para validação do conteúdo pelo grupo.

O grupo focal aconteceu em dia e hora marcada pela coordenação do NSP/COSEP, na sala de reuniões dos mesmos, com duração de 3 horas, tempo recomendado pela literatura e coordenado pelo pesquisador responsável que contou com a contribuição de um moderador para a condução dos trabalhos do grupo e uma câmera para os registros do encontro, mediante autorização dos participantes.

A pesquisa contou com duas moderadoras sendo uma professora da universidade, especialista em segurança do paciente, preparada para orientar a reflexão do grupo e a segunda uma enfermeira doutora, com expertise na temática segurança do paciente. As informações que emergiram das discussões temáticas foram registradas com o auxílio de uma câmera fotográfica e de vídeo, o que possibilitou análises posteriores a partir das decisões dos grupos.

4.5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E A FERRAMENTA UTILIZADA: ATLAS.TI 7.5.1.0

A organização dos dados coletados seguiu as seguintes etapas (CRESWELL, 2014 p. 148):

- a transcrição das entrevistas: foram digitalizadas no formato Word Microsoft Office 2010;
- foram classificados e organizados os dados da observação e das notas de campo;
- foram feitas leituras e marcação dos fragmentos para a análise ergológica;
- realizada leitura integral crítica e reflexiva de todos os dados com o objetivo de se obter um sentido geral das informações e refletir sobre os achados, identificar as principais ideias dos participantes como os dados se apresentavam, sua profundidade, credibilidade e coerência.

O processo de organização das informações coletadas ocorreu mediante a utilização do software Atlas.ti. 7.5.1.0. Os dados coletados pela observação participante, pelas entrevistas, pelo grupo focal, e pela análise documental, foram inseridos no software Atlas-Ti 7.5.1.0 (*Qualitative Research and Solutions*), utilizado em estudos qualitativos na área da saúde brasileira, para o armazenamento, codificação e integração de dados (FRIESE, 2014; ATLAS.TI, 2016).

O software Atlas.ti é uma ferramenta de inovação tecnológica que auxilia os pesquisadores qualitativistas no processo de organização dos dados da pesquisa. Destacamos alguns tópicos da tecnologia:

- a) *hermeneutic unit* (HU) é a unidade que contém os dados da pesquisa, ou seja, é a pesquisa em questão, intitulada: A implantação dos núcleos de segurança do paciente em hospitais escola sob a perspectiva dos profissionais de saúde: uma análise à luz da ergologia;
- b) *primary documents* ou P-Docs (PDs) representam os dados empíricos que foram adicionados à HU, dentre elas: as entrevistas, as notas de observação e o estudo documental. O estudo documental foi inserido no software como *comment* (comentários);
- c) *quotations* ou *quotes* são as citações dos PDs, os fragmentos ou os recortes considerados os mais importantes que foram selecionados das falas dos participantes ou das notas de observações de acordo com os objetivos, para a identificação

- das categorias e subcategorias do estudo;
- d) *codes* é a codificação, foram criados códigos mediante a tipificação por uma palavra ou um conjunto de palavras das citações selecionadas;
 - e) *memos* são lembretes que foram utilizados com o objetivo de associar as *quotations* à teoria, a um comentário particular que o autor pesquisador inseriu na ferramenta;
 - f) *families* são conjuntos de PDs, *codes* ou *memos* que foram agrupados por conveniência ou por proximidade teórica relacionados às categorias ou subcategorias;
 - g) *networks* são redes de visualização que foram utilizadas para integrar PDs, *codes*, *quotations* e *memos*, possibilitando uma análise inferencial mais efetiva;
 - h) *outputs* são as extrações sínteses das associações entre *codes* e *quotations*. Esse não aparece na interface principal do software, porém, é um recurso que foi utilizado para concretização da pesquisa.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise dos dados seguiu o percurso metodológico dos estudos qualitativos integrado pelos pressupostos ergológicos, pautado no trabalho do NSP/COSEP e da equipe de saúde que promoveu as mudanças pelas atividades realizadas, expressas nos registros dos documentos, nas entrevistas, na observação e no grupo focal.

A análise qualitativa é considerada uma atividade árdua, que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho duro, em que o pesquisador “precisa equilibrar a necessidade de concisão com a necessidade de manter a riqueza e o valor indicativo de seus dados” (POLIT e BECK, 2011, p. 505)

Conforme Athayde e Brito (2011, p. 10),

A ergologia propõe uma análise 'situada', apostando na potência humana de compreender-transformar o que está em jogo, (re) inventando, criando novas condições e um novo meio pertinente - a si e à situação. Uma análise que opera com o ponto de vista da atividade, atraindo e permitindo um diálogo sinérgico entre profissionais oriundos de diferentes disciplinas científicas e profissionais que alimentam os saberes da prática.

A análise iniciou-se após validação dos conteúdos relevantes selecionados e submetidos aos membros dos núcleos e confirmados com a orientação do estudo.

Adotamos no nosso estudo o modelo de análise utilizada por Soratto (2016, p. 66, 67; FRIESE, 2014; ATLAS.TI, 2015), que consta de 3 fases de análise: **A primeira é a fase denominada de Pré-análise** consiste na criação e salvamento da unidade hermenêutica e inserção dos documentos primários selecionados; **a segunda é a fase da exploração do material** com a seleção dos fragmentos, a criação dos códigos, o agrupamento em famílias e a criação das famílias; e **a terceira fase é a interpretativa**, onde ocorre a articulação entre as citações selecionadas dos documentos primários, os códigos, as famílias e *memos*, sob a orientação do objetivo e referencial do teórico.

Estabelecidas as etapas da análise procedeu-se a inserção dos dados no *software* Atlas.ti 7.5.1.0, criou-se a Unidade Hermenêutica Segurança do Paciente em hospitais públicos, depositou-se os documentos primários no formato de texto no *Microsoft Office Word* 2010,®, as citações selecionadas dos documentos foram relacionadas aos códigos e as famílias formando uma unidade temática e graficamente projetadas em networks em ordem hierárquica que originou às subcategorias e categorias do estudo.

O processo analítico permitiu identificar as informações mais significativas do conteúdo das sínteses geradas pelos participantes, possibilitando inferências dos conhecimentos relativos à temática proposta, derivadas dos documentos analisados, das observações e das entrevistas semiestruturadas, mediada pela triangulação dos dados. A triangulação dos dados fortalece a análise e a discussão das informações advindas da investigação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; MINAYO, 2010).

Desta forma, a triangulação de dados concretizou-se pelas relações dos três instrumentos de coleta de dados deste estudo e os dados validados pelo grupo focal. As entrevistas semiestruturadas foram às principais fontes dos dados, a observação e o estudo documental complementaram e confirmaram as falas dos participantes do estudo para a compreensão do fenômeno e seu contexto, confirmadas pelos dados validados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi apresentado, avaliado e aprovado pela banca examinadora do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PEN) da UFSC, para a qualificação, em seguida inserido no sistema Plataforma Brasil para apreciação dos Comitês de Ética (CEP) do Hospital Universitário Getúlio Vargas HUGV da Universidade Federal do Amazonas e do Hospital Universitário Prof. Polydoro Hernanes de São Tiago HU/UFSC da Universidade Federal de Santa Catarina e teve a sua coleta iniciada somente após a aprovação, de acordo com o parecer consubstanciado CAAE: 68954517.3.0000.0121 (Anexo E) das Diretrizes e Normas da Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, dispostas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

A anuência dos participantes da pesquisa foi determinada mediante sua livre e espontânea deliberação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) em termo próprio, lido, entendido e assinado espontaneamente pelos participantes do estudo.

O TCLE foi assinado em duas vias ficando uma com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa e nele constava resumidamente o desenho da pesquisa, os riscos e benefícios, as informações dos contatos dos Comitês de Ética em Pesquisa, endereços do pesquisador coordenador e orientador do estudo para o esclarecimento das dúvidas referentes à sua participação no estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em atenção às normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (Instrução Normativa 01/PEN/2016), os resultados e discussão do estudo, são apresentados, em forma de três manuscritos, com vistas às publicações, responder aos objetivos definidos no estudo, contribuir para o trabalho da equipe multiprofissional da saúde, o desenvolvimento das políticas públicas e a difusão das estratégias de segurança do paciente nos hospitais públicos do Brasil.

O **primeiro manuscrito** é uma revisão integrativa da literatura que aborda “As Estratégias para a Segurança do Paciente em Hospitais Brasileiros: Revisão de Literatura”, com a finalidade de identificar na literatura, as estratégias utilizadas pelos hospitais brasileiros, para implementar a segurança dos pacientes.

O **segundo manuscrito** discorre sobre “Núcleos de segurança do paciente em hospitais universitários: aderências e desaderências no trabalho”. A proposta do estudo foi analisar as mudanças organizacionais e assistenciais dos NSP/COSEP e suas contribuições para melhoria do cuidado dos pacientes nos hospitais universitários pelo trabalho prescrito e real.

O **terceiro manuscrito** descreve as “Estratégias para a segurança do paciente em hospitais universitários à luz da ergologia”. O objetivo do estudo foi identificar as estratégias implementadas pelo NSP, na percepção dos profissionais de saúde e membros do núcleo dos hospitais universitários.

5.1 MANUSCRITO I - ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS BRASILEIROS: REVISÃO DE LITERATURA

ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS BRASILEIROS: REVISÃO DE LITERATURA

STRATEGIES FOR PATIENT SAFETY IN BRAZILIAN HOSPITALS: LITERATURE REVIEW

ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALES BRASILEÑOS: REVISIÓN DE LITERATURA

Manoel Luiz Neto¹
Francine Lima Gelbcke²

RESUMO: O estudo teve como objetivo identificar nas publicações científicas estratégias para a segurança do paciente em hospitais públicos no Brasil. Método: Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura de natureza qualitativa, com abordagem exploratória-descritiva, disponíveis nas bases de dados DeCS/BVS, CAPES e PUBMED, com estudos publicados no período de 2013 a 2018, a partir das estratégias de busca, BVS *seguridad del paciente and hospitales and estrategias*, no Portal Capes *segurança do paciente and hospitais públicos and estratégias* e na PUBMED "*patient safety*" AND "*hospitals*" AND "*strategies*", com o escopo de responder a pergunta norteadora: do que tratam os estudos atuais sobre estratégias desenvolvidas pela equipe de saúde em hospitais brasileiros para a segurança do paciente? O resultado da investigação identificou 23 estudos que responderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos de acordo com o delineamento do estudo. Destes, 15 são estudos quantitativos, 5 qualitativos, 2 revisões integrativas, 1 estudo

¹ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa PRÁXIS. Mestre em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo (USP), Docente da Universidade do Estado do Amazonas, (AM), Brasil. E-mail: manael.luiz@posgrad.ufsc.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – modalidade profissional da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa PRÁXIS (Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem). Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: francine.lima@ufsc.br.

metodológico, que após análise compuseram 2 categorias descritivas principais: cultura de segurança do paciente como estratégia de gestão do cuidado e gestão de qualidade e as ferramentas do cuidado. Infere-se com o estudo que os hospitais brasileiros aderem gradativamente às estratégias estabelecidas nos programas de segurança do paciente brasileiro promovendo um novo modelo de gestão de cuidado no sistema de saúde e o desenvolvimento de estratégias para as melhores práticas promovidas pela equipe multiprofissional de saúde.

Descritores: Segurança do Paciente, Hospitais Brasileiros, Estratégias de cuidado.

ABSTRACT: The aim of this study was to identify, in scientific articles, strategies for patient safety in public hospitals in Brazil. Method: This is a integrative literature review with qualitative aspects and an exploratory-descriptive approach. The data was obtained in the DeCS/BVS, CAPES, and PUBMED databases based on published articles from 2013 to 2018. Different strategies search were used in each database for example, BVS *seguridad del paciente* and *hospitales* and *estrategias*; in CAPES website *segurança do paciente* and *hospitais públicos* and *estratégias*; and in PUBMED *patient safety* and *hospitals* and *strategies*. All searches were based on the main question, What are the main concerns from the recent studies about the strategies developed from the health team in hospitals related to the patient safety? The outcome of the investigation identified 23 studies that met the inclusion and exclusion criteria established according to the study design. Of these, 15 are quantitative studies, 5 qualitative, 2 integrative reviews, 1 methodological study, which after analysis comprised 2 main descriptive categories: patient safety culture as a strategy of care management and quality management and care tools. This study revealed that Brazilian hospitals have gradually adhere to the strategies established in patient safety programs by promoting a new model of care in the health system and the development of strategies for best practices promoted by the multiprofessional health team in Brazil.

Key words: Patient Safety, Brazilian Hospitals, Care Strategies.

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo identificar en las publicaciones científicas estrategias para la seguridad del paciente en

hospitales públicos en Brasil. El método consiste en una Revisión Integrativa de la Literatura de naturaleza cualitativa, con abordaje exploratorio-descriptivo, disponibles en las bases de datos DeCS / BVS, CAPES y PUBMED, con estudios publicados en el período de 2013 a 2018, a partir de las estrategias de búsqueda , en el Portal Capes seguridad del paciente y hospitales públicos y estrategias y en la PUBMED "patient safety" AND "associations" AND "strategies", con el alcance de responder a la pregunta orientadora: del que se trata estudios actuales sobre estrategias desarrolladas por el equipo de salud en hospitales brasileños para la seguridad del paciente? El resultado de la investigación identificó 23 estudios que respondieron a los criterios de inclusión y exclusión establecidos de acuerdo con el delineamiento de estudio. De estos, 15 son estudios cuantitativos, 5 cualitativos, 2 revisiones integrativas, 1 estudio metodológico, que después del análisis compusieron 2 categorías descriptivas principales: cultura de seguridad del paciente como estrategia de gestión del cuidado y gestión de calidad y las herramientas del cuidado. Se infiere con el estudio que los hospitales brasileños se adhieren gradualmente a las estrategias establecidas en los programas de seguridad del paciente brasileño promoviendo un nuevo modelo de gestión de cuidado en el sistema de salud y El desarrollo de estrategias para las mejores prácticas promovidas por el equipo multiprofesional de salud.

Descriptor: Seguridad del Paciente, Hospitales Brasileños, Estrategias de cuidado.

INTRODUÇÃO

Os impactos causados pelas práticas inadequadas de cuidado e o aumento dos eventos adversos com danos causados pelos erros cometidos por profissionais da saúde em instituições públicas e privadas e o consequente agravamento a saúde da população, impeliram a Organização Mundial de Saúde (OMS) a definir Segurança do Paciente como a ausência de risco ou dano potencial associada com cuidados de saúde, e baseia-se no conjunto de elementos estruturais, processos, ferramentas e evidências cientificamente testadas, a fim de minimizar o risco de um evento adverso nos processos de cuidados de saúde, mitigar as suas ocorrências com a adoção de novas estratégias de cuidado (WHO, 2011; TRINDADE; LAGE, 2014,).

A segurança do paciente é discutida e analisada por diversos

autores a partir de vários enfoques, dentre eles: as estratégias, os fatores humanos, a qualidade do cuidado e segurança do paciente, indicadores de segurança do paciente, gerenciamento de risco, a cultura de segurança do paciente, o dimensionamento e a formação (HENRIKSEN, et al., 2008; WHO, 2011; AIKEN, 2012; ANVISA, 2013; REIS, 2014; MARINHO; MELLO; BARBOSA, 2014; FIOCRUZ, 2014; CEDRAZ, 2018).

Estudos realizados em hospitais públicos brasileiros que adotaram diversos desenhos de sistemas para a oferta dos serviços de saúde revelaram alta frequência de eventos adversos relacionados aos sistemas de medicamentos e infecções hospitalares (VICTORA *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2013; MENDES, 2014).

É importante destacar a alta incidência de eventos adversos evitáveis em hospitais brasileiros, os quais correspondem a cerca de 67% de todos os eventos adversos com danos (VICTORA *et al.*, 2011; GIMENES, 2011; FRANÇOLIN, 2015).

As características do sistema de saúde atual predisõem a ocorrência de falhas devido a diversos fatores: ambientes inseguros, várias fontes de informação, mudanças, imprecisões e objetivos que confundem os profissionais, necessidade de processar informações atualizadas em situações e circunstâncias que mudam rapidamente, momentos de intenso estresse permeados por longos períodos de atividade rotineira e repetitiva, tecnologia sofisticada com muitas redundâncias, interface entre operador e equipamentos complexa e às vezes muito confusa (FIOCRUZ, 2014).

Estratégias para a segurança do paciente foram adotadas no Brasil para avançar nas melhores práticas em saúde nos hospitais brasileiros, foi o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente e a implantação dos Núcleos de Segurança dos Pacientes (BRASIL, 2013, ANVISA, 2013), que determinou aos conselhos estaduais e municipais o reordenamento e a reorganização da gestão da saúde nos hospitais públicos e privados para a efetiva mudança exigida pela legislação.

A temática investigada reveste-se de importância para evidenciar na literatura as estratégias desenvolvidas em hospitais para assegurar a excelência nos serviços e a adoção das melhores práticas de cuidado para fomentar e estimular a promoção das melhores práticas e a segurança do paciente.

Desta forma, o estudo propôs-se responder a seguinte questão: do que tratam os estudos atuais sobre estratégias desenvolvidas pela equipe de saúde em hospitais para a segurança do paciente? Para responder à pergunta norteadora, o estudo delineou como objetivo identificar nas

publicações científicas estratégias propositivas para a segurança do paciente utilizadas em hospitais públicos no Brasil.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, de natureza qualitativa, com abordagem exploratória descritiva, baseada na literatura científica. A revisão é um método que reúne a produção científica atualizada e relevante acerca de determinado tema, oferecendo acesso rápido e sintetizado aos resultados científicos de maior importância para a área estudada, formulada por meio de artigos publicados sobre as práticas utilizadas para a segurança do paciente (TURATO, 2008; POLIT; BECK, 2011).

Para nortear este estudo, utilizou-se uma estrutura formal de trabalho pré-definida baseada em um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado (GANONG, 1987; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

O percurso compreendeu a sequência do protocolo nas seguintes etapas: definição da participação dos pesquisadores; recursos materiais; pergunta norteadora; objetivo; desenho do estudo; critérios de inclusão; critérios de exclusão; estratégias de busca; seleção dos estudos; avaliação crítica dos estudos; informações extraídas dos estudos; síntese e conclusões.

A pesquisa foi orientada a partir da seguinte questão: do que tratam os estudos atuais sobre estratégias desenvolvidas pela equipe de saúde em hospitais brasileiros para a segurança do paciente? Para atestar a confiabilidade dos resultados, garantindo assim o rigor científico de pesquisas dessa natureza, os dados foram obtidos na modalidade duplo-cego, com a participação de uma docente da Universidade do Estado do Amazonas UEA, especialista em Segurança do Paciente.

A busca dos trabalhos para o estudo ocorreu de 01 a 30 de julho de 2018, realizada no DeCS Biblioteca Virtual Saúde (BVS), no catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e do serviço da *U.S. National Library of Medicine* (PUBMED), pelas seguintes estratégias de busca com os termos: DeCS/BVS: seguridad del paciente and hospitales brasileños; seguridad del paciente and estrategias and hospital; seguridad del paciente and estrategias hospitalares and Brasil; no Portal CAPES segurança do paciente and hospitais públicos and Brasil; segurança do paciente and estratégias and hospitais públicos and Brasil

e PUBMED ("patient safety"[MeSHTerms] OR ("patient"[AllFields] AND "safety"[AllFields]) OR "patient safety"[AllFields]) AND Brazilian[AllFields] AND ("hospitals"[MeSHTerms] OR "hospitals"[AllFields]) AND strategies[AllFields].

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos publicados no formato de artigos científicos completos e disponibilizados na íntegra, com acesso institucional da UEA e UFSC, para artigos originais, revisões sistematizadas, teses e dissertações, publicadas entre os anos de 2013 a 2018, indexados nas bases de dados referenciadas, nos idiomas inglês, espanhol e português, com descritores listados no protocolo, resumo, título, cujo objetivo geral e/ou específicos que referem-se explicitamente a investigação.

Foram considerados os critérios de exclusão: publicações na forma de cartas, resenhas e editoriais, estudos fora do período de interesse e, estudos duplicados ou que não fizessem parte do objetivo proposto do estudo.

Os descritores utilizados foram: segurança do paciente, hospitais públicos brasileiros, estratégias de segurança do paciente, e entre os descritores utilizou-se o operador booleano AND e as chaves de busca da Pubmed.

O estudo seguiu o quadro abaixo:

Quadro 1. Composição dos estudos da Revisão Integrativa da Literatura.

Período da busca: 01 a 30 de julho de 2018
Total dos estudos encontrados: 515
DeCS/BVS 316 estudos: (118) LILACS, (73) BDENF, (2) LIS, (67) MEDLINE, (53) IBECSEBINACIS (3); PORTAL CAPES: 193 (65) teses e 128 dissertações; PUBMED: 6 artigos
Duplicados e incompletos: 385 (excluídos)
Estudos recuperados: 130
Leitura dos objetivos: 69 (excluídos)
61 estudos pré-selecionados
Estudos pré-selecionados 61: 47 artigos, 8 teses e 6 dissertações
Leitura e análise dos 61 estudos completos
Excluídos 38: 7 teses, 4 dissertações e 27 artigos que não se adequaram ao estudo
Incluídos 23: 20 artigos, 2 dissertações e 1 tese que se adequaram a matriz revisada pelos pares

Fonte: Elaborado pelo Autor, (2018).

Os estudos pré-selecionados foram distribuídos em uma matriz, com a finalidade de organizar e analisar os dados, construída com os seguintes itens: tipo de publicação, anos de publicação, periódico, instituição de defesa, identificação dos autores, objetivo, problema e metodologia utilizada.

A análise dos dados deu-se a partir da proposta de Minayo para estudos qualitativos, incluindo: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados.

Após a seleção e análise crítica, os estudos foram organizados em quadro sinóptico contendo título, objetivo, autor, ano, revista, e base de dados para a definição e composição das categorias analíticas que responderam à pergunta norteadora da pesquisa (MINAYO, 2005).

As categorias que emergiram do estudo são apresentadas e discutidas a partir das evidências contidas nos estudos selecionados.

RESULTADOS

O resultado da busca apresentou um quantitativo total de 515 estudos. Em relação a este quantitativo, 316 estudos foram coletados nos Descritores em Ciências da Saúde DeCS / BVS com os descritores: seguridad del paciente and hospitales brasileños (13) LILACS, (8) BDEF, (1) LIS; seguridad del paciente and estratégias and hospital, (98) LILACS, (67) MEDLINE, (59) BDEF, (52) IBECS, (3) BINACIS, (1) LIS; seguridad del paciente and estrategias hospitalares and Brasil (7) LILACS, (6) BDEF e (1) IBECS. No Portal CAPES o quantitativo foi de 193 estudos, distribuídos de acordo com os descritores: segurança do paciente and hospitais públicos and Brasil (140); segurança do paciente and estratégias and hospitais públicos and Brasil (53). No portal PUBMED, com os descritores ("patient safety" [MeSH Terms] OR ("patient" [All Fields] AND "safety" [All Fields]) OR "patient safety" [All Fields]) AND Brazilian [All Fields] AND ("hospitals" [MeSH Terms] OR "hospitals" [All Fields]) AND strategies [All Fields] foram encontrados (6) estudos que tratam da gestão da qualidade e segurança do paciente.

Do total de 515 estudos encontrados, após criteriosa análise foram selecionados: sessenta e um (61) estudos, dentre estes 47 artigos, oito (8) teses e seis (6) dissertações. Considerando-se os critérios de exclusão, após a leitura completa e crítica de todos os textos, selecionou-se (23) estudos que preencheram os critérios delineados no protocolo proposto pelo estudo.

Desta forma, o estudo é composto por 23 artigos (Quadro 2), dos quais 19 (82,60%) foram encontrados na base de dados DeCS/BVS, 3 (13,04%) no portal de teses e dissertações da CAPES; e 1 (4,34%) estudo na base PUBMED.

Predominaram estudos que tratavam da temática Segurança do Paciente em hospitais públicos do Brasil com delineamentos sobre a cultura de segurança, protocolos de segurança e gestão de qualidade e segurança do paciente.

É possível que a implantação da Política Nacional de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde e da RDC 36 de 2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que determinou a criação e implantação dos núcleos de segurança e dos protocolos de segurança do paciente, impulsionou uma quantidade significativa de estudos sobre a temática nos últimos anos, decorrentes da “novidade” e do interesse de estudar e contribuir com a temática no Brasil (BRASIL, 2013; ANVISA 2103).

De acordo com o delineamento dos estudos encontrados, 15 são estudos quantitativos, 5 qualitativos, 2 revisões integrativas, 1 estudo metodológico. O idioma predominante foi o português, com 20 estudos, 2 estudos no idioma inglês e 1 no Espanhol.

O Quadro 2 apresenta a caracterização dos estudos selecionados para a análise e nele pode-se perceber o número dos estudos, sua abordagem temática, método e autores.

Quadro 2. Caracterização dos artigos, teses e dissertações selecionados para o estudo, n = (23).

N	Ano	Base / Tipo de estudo	Título	Autores	Periódico Região
1	2016	BVS Estudo quantitativo transversal Artigo	Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas	SILVA <i>et al.</i> ,	Ver. Esc. Enferm. USP, São Paulo/SP
2	2016	BVS Estudo quantitativo Transversal Artigo	Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional	BOHRER <i>et al.</i> ,	Rev. Enferm. UFSM, Santa Maria/RS
3	2018	PUBMED Observacional transversal Artigo	Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão	ANDRADE <i>et al.</i> ,	Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro/RJ
					Continua...

N	Ano	Base / Tipo de estudo	Título	Autores	Periódico Região
Continuação					
4	2017	BVS Estudo Metodológico Artigo	Adaptação e validação da Pesquisa Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Paciente em uma versão eletrônica brasileira	ANDRADE <i>et al.</i> ,	Epidemiologia e Serviços de Saúde Brasília, DF
5	2017	BVS Estudo transversal Artigo	Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil	FONTENE-LE <i>et al.</i> ,	Rev. latinoam. enferm. Ribeirão Preto – SP
6	2016	BVS Estudo quantitativo <i>Survey</i> Artigo	Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar	SILVA; SANTA ROSA	Cogitare Enferm. Curitiba – PR
7	2018	CAPES Dissertação de mestrado	Clima de segurança do paciente em um hospital de urgências	CASTILHO	Univ. Fed. Goiás Goiânia – GO
8	2014	BVS Transversal e comparativo Artigo	Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem.	MELLO; BARBOSA	Texto Contexto Enferm. Florianópolis – SC
9	2015	BVS Estudo transversal Artigo	Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva	SANTIAGO; TURRINI	Rev. Esc. Enferm. USP São Paulo – SP
10	2017	BVS Revisão Integrativa Artigo	Gestão da qualidade e segurança do paciente: ações e resultados	MALIK	Rev. Baiana Saúde Pública Salvador – BA
11	2014	BVS estudo transversal Artigo	Root cause analysis of falling accidents and medication errors in hospital	TEIXEIRA; CASSIANI	Acta Paul. Enferm. São Paulo – SP
12	2016	CAPES Estudo de caso Dissertação	Gestão do risco de queda em idosos: tecnologia da informação e comunicação para a disseminação da cultura de segurança do paciente	LIMA	Universidade Federal Fluminense Niterói – RJ
13	2018	BVS Artigo	Análisis de la ocurrencia de incidentes notificados en hospital-general	FIGUEIREDO <i>et al.</i> ,	Rev. Bras. Enferm. Brasília/DF
14	2017	BVS Estudo exploratório Artigo	O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos	PENA; MELLEIRO	Rev enferm-UFPE Recife – PE
15	2016	BVS Revisão integrativa Artigo	Indicadores de avaliação da qualidade hospitalar e de satisfação do usuário	BARRETO	Rev. baiana saúde pública Salvador – BA
Continua...					

N	Ano	Base / Tipo de estudo	Título	Autores	Periódico Região
Conclusão					
16	2016	CAPES Estudo qualitativo Tese	O enfermeiro e o paciente em hemodiálise contínua na UTI: o manejo da tecnologia na perspectiva da segurança do paciente	ANDRADE	Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enf. Ana Nery. Rio de Janeiro – RJ
17	2016	BVS Artigo	Uso de ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança neonatal	FIGLIETTI	Rev. enferm. UFPE Recife – PE
18	2016	BVS Estudo de caso Artigo	Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente	SIMAN	Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre - RS
19	2016	BVS estudo descritivo-exploratório Artigo	Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo	MINUZZI	Esc. Anna Nery Rev. Enferm. Rio de Janeiro – RJ
20	2013	BVS Estudo exploratório-descriptivo Artigo	Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário	LIMA; MELLEIRO	REME Rev. Min. Enferm. Belo Horizonte – MG
21	2017	BVS Estudo epidemiológico, transversal, prospectivo Artigo	Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas	SARGES; OLIVEIRA; SANTOS	Revista Brasileira de Enf. REBEM
22	2016	BVS Estudo quantitativo Artigo	Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem	BATALHA; MELLEIRO	Rev. Baiana saúde pública Salvador – BA
23	2015	BVS Estudo quantitativo Artigo	Impacto da telemedicina na cultura hospitalar e suas consequências na qualidade do cuidado e segurança do paciente	STEINMAN <i>et al.</i> ,	Revista Einstein São Paulo – SP

Fonte: Elaborado pelos autores, (2018).

Os dados apresentados a seguir buscam evidenciar a relevância dos achados neste estudo, pela inter-relação com a literatura selecionada, caracterizados em duas categorias descritivas que emergiram e a relevância do tema abordado para os hospitais brasileiros.

Dos 23 estudos selecionados, decorrentes da pesquisa, artigos originais, teses, dissertações e estudos metodológicos, nove deles tratam cultura e clima de segurança do paciente (MELLO, 2014; SANTIAGO,

2015; SILVA et al., 2016; BOHRER et al., 2016; SILVA; SANTA ROSA, 2016; FONTENELE et al., 2017; ANDRADE, 2017 ANDRADE et al., 2018; CASTILHO, 2018), oito estudos abordam a gestão e a equipe multiprofissional para a promoção da segurança do paciente e sete estão relacionados com as estratégias e contribuições para a segurança do paciente em hospitais públicos (LIMA; MELLEIRO, 2013; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014; STEINMAN et al., 2015; LIMA, 2016; BARRETO, 2016; ANDRADE, 2016; FIORETI, 2016; SIMAN, 2016; MINUZZI, 2016; BATALHA, 2016; MALIK, 2017; PENA, 2017; SARGES, 2017; FIGUEREDO, 2018).

DISCUSSÃO

Os hospitais brasileiros passam por transformações gradativas e significativas com a implantação de programas, políticas públicas de saúde, estratégias de gestão, cultura organizacional, sistemas de avaliação, planos para a segurança dos pacientes e melhores práticas no sistema de saúde.

A equipe multiprofissional de saúde é a principal executora e promotora desses processos assistenciais, encontra-se comprometida com a organização hospitalar e com as novas estratégias planejadas e incentivadas pela gestão do cuidado das instituições.

Destaca-se no estudo, a promoção da cultura de segurança do paciente e estratégias de gestão do cuidado, práticas que estimulam a mitigação dos eventos adversos, pela notificação e avaliação dos mesmos, incentivo às melhores práticas pela evidência dos indicadores de qualidade na assistência e no cuidado.

As evidências identificadas serão discutidas e analisadas nas categorias analíticas, cultura de segurança como estratégia de gestão do cuidado e gestão de qualidade e segurança do paciente, com base nos estudos selecionados.

Esta categoria analisa os achados relacionados à cultura de segurança como estratégia de gestão do cuidado.

Cultura de segurança como estratégia de gestão do cuidado

No contexto do estudo e do programa nacional de segurança do paciente, cultura de segurança não é apenas um conceito. É conceito que se aplicado transforma o indivíduo e a instituição onde está inserido, é uma nova forma de viver, transforma o profissional da saúde, seu comportamento, suas convicções, suas relações com a equipe e com o

paciente. É um conceito organizacional e administrativo que produz novas formas de gerir e investir, no profissional, na estrutura do cuidado e em novas tecnologias de cuidado.

A instituição de saúde que trabalha na perspectiva da promoção da cultura organizacional e da segurança do paciente transforma seus objetivos, normas, rituais, busca continuamente estabelecer compromisso com a minimização dos riscos relacionados à assistência e, conseqüentemente, resolver problemas, crescer e melhorar na qualidade dos serviços de saúde oferecidos (BOHRER *et al.*, 2016; CASTILHO, 2018).

Na lógica da cultura organizacional pela melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população, Santiago (2015, p.123) afirma que “cultura de segurança é o produto de valores e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso e o estilo de gestão de uma organização”.

A cultura de segurança do paciente está se inserindo paulatinamente na cultura organizacional dos hospitais brasileiros (SILVA, 2016; BOHRER *et al.*, 2016; MALIK, 2017) esse processo dá-se no planejamento organizacional, nas discussões e rodas de conversa, reuniões, semanas e campanhas de segurança do paciente e tornou-se uma estratégia fundamental para a tomada de decisões da gestão e da equipe multiprofissional.

Estudiosos analisaram a Segurança do paciente na cultura organizacional a partir da percepção das lideranças de instituições hospitalares e afirmam que: “a efetividade das ações para a segurança do paciente depende não somente da oferta de infraestrutura, de recursos (materiais, tecnológicos, humanos e financeiros) e de procedimentos relevantes para o desenvolvimento da cultura de segurança”, mas do aprendizado sobre a cultura de segurança do paciente em todas as esferas da organização (SILVA, 2016; MALIK, 2017, p. 495).

O aprendizado é fundamental e ele ocorre em espaços interacionais do cuidado e fora dele com uma comunicação direta, clara e objetiva sobre a cultura de segurança.

O estudo sobre a comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar na visão da equipe multiprofissional composta por profissionais que atuavam diariamente no hospital, quais sejam: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos do corpo clínico, farmacêuticos, fisioterapeutas; e residentes de medicina, enfermagem, farmácia e fisioterapia, é de que “a comunicação versus cultura de segurança do paciente, é uma estratégia que está atrelada à boa cooperação das equipes de unidades que trabalham em ambientes

comuns” (BOHRER *et al.*, 2016, p. 55).

Desta forma, a equipe multiprofissional está em contínua transformação, dialoga, discute, e planeja conjuntamente as ações para o cuidado, e a comunicação é a estratégia que fomenta e promove a cultura de segurança nos hospitais.

Outro aspecto relevante, considerado uma das tarefas prioritárias que visa a melhoria da cultura de segurança nos hospitais, é avaliar a cultura de segurança paciente focando nas dimensões “Frequência de eventos notificados”, “Percepção de segurança”, “Feedback e comunicação sobre os erros”, “Resposta não punitiva para erros”, “Dimensionamento de pessoal” (ANDRADE *et al.*, 2018, p. 25).

A avaliação da cultura de segurança do paciente é imprescindível como ferramenta de gestão, pois promove a segurança do paciente e a formação dos profissionais que se envolveram em algum incidente crítico que culminou com um evento adverso (BARRETO, 2016; PENA 2017; MELLEIRO, 2017; FIGUEREDO, 2018).

De acordo com Andrade (2018), para a promoção da cultura de segurança do paciente, é essencial a sua avaliação, seu diagnóstico e o planejamento de intervenções para dirimir ou reduzir fragilidades constatadas. A cultura de segurança deve ser avaliada periodicamente, como atividade de monitoramento das melhorias alcançadas.

A proposta inovadora para avaliar a cultura de segurança no contexto hospitalar brasileiro, é a adoção de um programa computacional desenvolvido que facilita a coleta e análise de dados, diminui os custos de aplicação e viabiliza o monitoramento da cultura de segurança do paciente, diagnostica o nível de cultura de segurança, possíveis riscos de dano, evolução das intervenções de segurança do paciente e acompanha a evolução da cultura de segurança do paciente nos hospitais do país (ANDRADE *et al.*, 2018).

Estudo realizado em três hospitais públicos brasileiros sobre avaliação da cultura de segurança, os autores afirmam que a “avaliação aprofundada da cultura de segurança permite uma visão ampliada dos indicadores que envolvem a segurança do paciente no contexto hospitalar. Isso implica no planejamento de ações voltadas para a qualidade da assistência ao paciente, com destaque para o aprimoramento organizacional” (FONTENELE *et al.*, 2017, p. 2). Avaliar a cultura, informar sobre os resultados e intervir: parte da ideia de que somente podemos melhorar o que podemos medir (ANDRADE, *et al.*, 2018).

O estudo quantitativo, transversal conduzido por Mello (2016), destinado a sistematizar recomendações sobre a segurança do paciente

em Unidades de Terapia Intensiva Adulto de um hospital público brasileiro, descobriu-se que a resposta a uma pergunta sobre cultura de segurança do paciente para 97 profissionais, teve 267 recomendações para as dimensões: “aprendizagem organizacional e melhoria contínua, com sugestões envolvendo treinamento e *coaching*; e a percepção geral de segurança, indicando a melhoria dos procedimentos, processos e suporte da gestão hospitalar, com ênfase na melhoria dos recursos materiais e equipamentos” (MELLO, 2016, p. 1127).

Essas recomendações são essenciais para a promoção da cultura segurança do paciente nas organizações hospitalares.

Com o objetivo de avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre o clima e a cultura de segurança do paciente em diferentes unidades de terapia intensiva (UTIs) utilizando o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), o estudo de Santiago (2015) evidenciou que os pontos fortes indicados pelo SAQ foram clima de Trabalho em Equipe e Satisfação no Trabalho e pelo HSOPC foram ações de promoção da segurança e aprendizagem organizacional contínua. Esses resultados evidenciam a necessidade de se investir em cultura de segurança para a promoção das relações interpessoais, para a satisfação do trabalhador no ambiente de trabalho, essencial para o trabalhador da saúde.

Os estudos analisados nesta categoria evidenciaram que os hospitais brasileiros estão empenhados em fomentar e desenvolver estratégias organizacionais e de gestão, em vários níveis de complexidades, para a promoção da cultura de segurança do paciente com ênfase na formação da equipe multiprofissional, no aprimoramento organizacional e na avaliação da cultura com vistas a melhorias contínuas no cuidado.

Gestão da qualidade e segurança do paciente no Brasil

A gestão da qualidade dos hospitais brasileiros avançou com a modalidade de acreditação por meio do processo de avaliação externa que existe no Brasil desde 2000.

Segundo Malik (2016), os hospitais brasileiros submeteram-se inicialmente a *Joint Commission International* (JCI) e posteriormente foi instituída a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que tinha representação nacional em 2015 por meio de seis organizações acreditadoras: “*Det Norske Veritas* (DNV), Fundação Vanzolini, Instituto Brasileiro de Excelência em Saúde (IBES), Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCS), Instituto de Planejamento e Pesquisa para a Acreditação de Saúde (IPASS) e

Instituto Qualisa de Gestão (IQG)” (MALIK, 2017, p. 89).

No Brasil existem outras duas metodologias de acreditação existentes internacionalmente, o “*Quality and Momentum*, da *Accreditation Canada (Qmentum)* e a *National Integrated Accreditation for Health care Organizations* (NIAHO), representadas respectivamente pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG) e pela DNV” (MALIK, 2016, p.90).

A mobilização internacional por mais segurança nos serviços de saúde, particularmente nos hospitais, fez com que os gestores buscassem formas de mostrar que os hospitais estão qualificados para a prestação do serviço e começaram a investir em nas agências avaliadoras de qualidade do cuidado em saúde.

O objetivo de uma avaliação hospitalar através de processos de acreditação é garantir a excelência e a qualidade do serviço de saúde prestado à população, seja ele hospital da rede pública de saúde, como dos hospitais privados.

A melhoria da qualidade do serviço de saúde prestado nos hospitais só é possível quando há reconhecimento dos problemas por meio de avaliação confiável, competente e de credibilidade, “e para que haja esse reconhecimento, o uso de indicadores é indispensável, pois eles fornecem informações objetivas do processo assistencial e seus resultados” (SANTOS, 2016, p. 100).

Os indicadores de qualidade são instrumentos para mensurar os processos assistenciais e seus resultados, as percepções dos usuários e as estruturas sistêmicas, permitindo que se avalie e aprimore a assistência à saúde. Os indicadores de qualidade constituem-se, então, em ferramentas de avaliação imprescindíveis (SANTOS, 2016).

Em sua argumentação, Santos (2016), cita seis atributos de qualidade para os cuidados em saúde: “que seja seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo; e os problemas que impactam à qualidade da assistência foram divididos em três grupos: uso excessivo, uso insuficiente e uso inadequado de recursos e tecnologias no cuidado em saúde” (SANTOS, 2016, p. 101).

Mensurar indicadores de qualidade requer instrumentos, ferramentas e métodos. Fioretti (2016), indica as ferramentas que podem ser empregadas na implantação e consolidação da gestão de qualidade como foco na segurança, dentre elas, “o ciclo do PDCA (Plan, Do, Check, Act), gestão de processos, os protocolos clínicos, os indicadores em saúde, a folha de verificação, o Plano de Ação, gerenciamento do risco” (FIORETI, 2016, p. 3884).

Vários hospitais brasileiros implantaram estas ferramentas para

avaliar a qualidade do serviço, monitorar, controlar e dirimir os eventos adversos. A incorporação do sistema de notificação, da gestão de risco, do controle rigoroso dos indicadores, do estudo da causa raiz objetivam articular a qualificação profissional e processos educativos ao serviço (LIMA, 2016; FIORETI, 2016; BARRETO, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2017).

A qualidade do cuidado nas organizações hospitalares de saúde brasileira depende de vários fatores, não somente de ferramentas de controle, sistemas de avaliação do cuidado, mas essencialmente dos recursos humanos.

A equipe multiprofissional da saúde envolvida nos vários setores e cenários do cuidado exerce a tarefa central e primordial na execução do serviço e de acordo com o programa nacional de humanização e do programa nacional de segurança do paciente, deve ser centrada no paciente, mediada por profissionais devidamente qualificados e preparados científica e eticamente para o serviço.

Com vistas à melhoria da segurança do paciente é imprescindível que os profissionais manifestem suas opiniões em relação à qualidade do serviço oferecido.

Para Minuzzi (2016), em estudo realizado sobre o trabalho da equipe de saúde em hospitais públicos, o profissional necessita de aprendizado organizacional e capacitações periódicas para conhecer profundamente a estrutura, os processos envolvidos no cuidado, sobre segurança do paciente, a adoção de protocolos e *checklist*, visando à padronização da assistência à saúde e assim contribuir de maneira corresponsável com a equipe de saúde (MINUZZI, 2016).

Outro fator de grande relevância e impacto nas organizações de saúde é a utilização de tecnologias. São várias as tecnologias voltadas para o cuidado incorporadas ao sistema de saúde brasileiro, dentre elas destacam-se: o prontuário eletrônico, o sistema de classificação de risco, implantação de sistemas de prescrição e dispensação de medicamentos e ultimamente muito utilizada de Norte a Sul do país, a telessaúde (STEINMAN, 2015; ANDRADE, 2016; FIORETTI, 2016; LIMA, 2016; FIGUEIREDO, 2018).

A tecnologia implantada nos hospitais brasileiros são estratégias e ferramentas importantes, aliadas da gestão, para a prevenção, a redução dos eventos adversos e a melhoria na qualidade do cuidado e a segurança do paciente hospitalizado. Investir em tecnologia significa reorganizar e reestruturar o ambiente, envolve investimento e aumento do custeio no orçamento dos hospitais. Em contrapartida, reduz significativamente os gastos oriundos de erros, gera satisfação à equipe

multiprofissional e aos pacientes e familiares por reduzir significativamente o tempo de internação (STEINMAN *et al.*, 2015; FIORETI, 2016; BATALHA, 2016; SIMAN, 2016; MINUZZI, 2016; ARAÚJO, 2017; FIGUEREDO, 2018).

Uso de tecnologias como ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança torna-se uma exigência para a manutenção da qualidade do serviço hospitalar, de segurança do paciente e a satisfação do usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infere-se com o estudo que os hospitais brasileiros estão empenhados em fomentar e desenvolver estratégias organizacionais e de gestão, de vários níveis de complexidades, para a promoção da cultura de segurança do paciente com ênfase na formação da equipe multiprofissional, no aprimoramento organizacional e na avaliação da cultura com vistas a melhorias contínuas no cuidado.

As principais estratégias para a segurança do paciente evidenciadas no estudo referem-se primordialmente ao desenvolvimento e implantação da cultura de segurança do paciente, as mais relevantes descritas nos estudos dizem respeito ao aprendizado pela equipe multiprofissional sobre a cultura e clima de segurança do paciente em todas as esferas da organização e aprendizado da cultura organizacional dos processos de melhoria do cuidado.

O aprendizado sobre a cultura de segurança do paciente é fundamental e ela ocorre em espaços interacionais do cuidado e fora dele com uma comunicação direta entre os profissionais da saúde, de forma clara e objetiva.

A melhoria da qualidade do serviço é responsabilidade da gestão e da equipe multiprofissional, a garantia da qualidade ocorre através de processos avaliativos para fins de acreditação e assegurar a excelência e a qualidade do serviço de saúde prestado à população, seja ele hospital da rede pública de saúde como também os hospitais privados.

Os hospitais brasileiros esforçam-se em melhorar os indicadores de qualidade do cuidado incorporando instrumentos, ferramentas e métodos avaliativos com vistas a monitorar, controlar e dirimir os eventos adversos para o aprimoramento da assistência à saúde

Deste modo, a qualidade do cuidado nas organizações hospitalares de saúde brasileira depende de vários fatores, não somente de ferramentas de controle, sistemas de avaliação do cuidado que são

fundamentais, mas essencialmente da implantação da cultura de segurança do paciente e da cultura organizacional do cuidado, investimento em formação na equipe multiprofissional de saúde, na aquisição de tecnologias inovadoras para o cuidado pela implantação das políticas públicas de saúde e segurança do paciente para os hospitais brasileiros.

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**. v. 20, p. 344, p. 1-14, 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/34>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

ANDRADE, B. R. P. **O enfermeiro e o paciente em hemodiálise contínua na UTI**: o manejo da tecnologia na perspectiva da segurança. 2016. 156 f. Dissertação (Mestrado)- , Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883445>>. Acesso em: 7 jul. 2018.

ANDRADE, L. E. L. et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 455-468, set. 2017. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 6 de jul. 2018.

ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 161-172, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BATALHA, E. M. S. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-411, Abr-Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

BARRETO, S. H; Indicadores de avaliação da qualidade hospitalar e de satisfação do usuário. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador/BA, v. 40, Supl. 1, p. 98-108, jan./mar. 2016. Disponível em:

BOHRER, C. D. et al. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria/RS, v. 6, n. 1, p. 50-60, mar. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260>>. Acesso em: 4 Jul. 2018.

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 República Federativa do Brasil**. Brasília, 02 abr 2013, Seção 1, n. 62, p. 43. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 10 Set. 2018.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – 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**, 26 jul 2013. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File36_2013.pdf> Acesso: 20 de Out. 2018.

_____. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Anvisa, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos.pdf>>. Acesso em 15 de Ago. 2018.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Prevalência de interações medicamentosas em unidades de terapia intensiva no Brasil. **Acta Paul. Enferm.** v. 26, n. 2, p. 150-157, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a08.pdf>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

CASTILLO, D. E. C. **Clima de segurança do paciente em um hospital de urgências**. 2018. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/8372>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

CEDRAZ, R.O. et al. Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Esc. Anna Nery** 2018;22(1):e20170252 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0252.pdf>. Acesso em: 10 Ago. 2018.

FIGUEIREDO, M. L. et al. Analysis of incidents notified in a general hospital. **Rev. Bras. Enferm. [online]**, Brasília, v. 71, n.1, p. 111-119, Jan./Feb. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>>. Acesso em: 12 Set. 2018.

FIORETI, F. C. C. F.; MANZO, B. F.; MONTENEGRO, L. C. Uso de ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do paciente. **Rev. Enferm. UFPE Online**, Recife, v. 10, n. 11, p. 3883-3891, nov. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11469/13309>>. Acesso em: 15 Jul. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). O redesenho dos sistemas de cuidado para a segurança do paciente: a importância da abordagem sistêmica nas instituições. **Proqualis/Icict/Fiocruz**, 2014. Disponível em: <<http://proqualis.net.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

FONTENELE, L. C. et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 25, e2849, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oaid=281449566028>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

FRANÇOLIN, M. et al., Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3644366>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

HENRIKSEN, K. et al. Understanding adverse events: a human factors framework. In: HUGHES, R. G. (Ed.). **Patient safety and quality: an**

evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008. Chapter 5. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acesso em: 05 Jul. 2018.

LIMA, B. B. **Gestão do risco de queda em idosos: tecnologia e comunicação para a gestão do risco de queda em idosos na perspectiva dos enfermeiros.** 2016. 106 f. Dissertação (Mestrado Profissional)-Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2016. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/5918>>. Acesso em: 6 Jul. 2018.

LIMA, R. P. M.; MELLEIRO, M. M. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, 2013 abr/jun; 17(2): 312-321>Disponível em:<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/652>>. Acesso em: 9 de Jul. 2018.

MALIK, A. M. Gestão da qualidade e segurança do paciente: ações e resultados. **Rev. Baiana Saúde Pública.** Salvador /BA, v. 40, Supl. 1, p. 86-97, jan./mar. 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859670>>. Acesso em: 7 jul.2018.

MARINHO, MM. RADUNZ, V. BARBOSA, SFF. Avaliação da Cultura de Segurança pelas Equipes de Enfermagem de Unidades Cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Jul-Set; 23(3): 581-90. 15. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71432144005.pdf>>. Acesso em: 10 de agos de 2018.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: recomendações de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 1124-33. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>> Acesso em 30 de Ago. de 2018.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int. J. Qual. Health Care.** v. 21, n. 4, p. 279-84, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 18 Out. 2018

_____. W. Taxonomia em segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, EaD/ENSP, 2014. p. 57-71. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 10 de Ago. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

MINUZZI, A.P. et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 121-129, Mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em 12 de Julho 2018.

PENA, M. M; MELLEIRO, M. M. The root cause analysis method for the investigation of adverse events. **J. Nurs. UFPE on line**, Recife, v. 11, Suppl. 12, p. 5297-5304, Dec. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25092>>. Acesso em: 7 Jul. 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

REIS, M. A. M. et al. Prevalência e significância clínica de interações fármaco-nutrição enteral em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm. [online]**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 85-90, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.2014001>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 49, n. Spe, p.

123-130, Dec. 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>>. Acesso em: 10 Jul. 2018.

SARGES, N. A.; SANTOS, M. I. P. O.; CHAVES, E. C. Evaluation of the safety of hospitalized older adults as for the risk of falls. **Rev. Bras. Enferm. [online]**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 860-867, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0098>>. Acesso em: 20 Jul. 2018.

SILVA, A. C. A. B.; SANTA ROSA, D. O. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm.**, Curitiba/PR. v. 21, n. 5, 01-10, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/45583/pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2018.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. spe, e68271, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500413&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 Jul. 2018.

STEINMAN, M. et al .Impacto da telemedicina na cultura hospitalar e suas consequências na qualidade e segurança do cuidado. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 580-586, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000400580&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2018.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Root cause analysis of falling accidents and medication errors in hospital. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 100-107, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103>. Acesso em: 11 jul. 2018.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, EaD/ENSP, 2014. p. 39- 56. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br>>. Acesso em: 30 Out. 2018.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e**

aplicação nas áreas de saúde e humanas. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 668 p.

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Lancet**, p. 90-102, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 15 Set. 2018.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <www.who.int/.../icps/icpsreportes.pdf>. Acesso em: 30 Set. 2018.

_____. Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition. World Health Organization, 2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

5.2 MANUSCRITO II - NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS – ADERÊNCIAS E DESADERÊNCIAS NO TRABALHO

NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: aderências e desaderências no trabalho

NUCLEUS OF PATIENT SAFETY IN UNIVERSITY HOSPITALS: adherence and disadvantages at work

NÚCLEOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALES UNIVERSITARIOS: adherencias y desaderencias en el trabajo

Manoel Luiz Neto¹
Francine Lima Gelbcke²

RESUMO: O objetivo do estudo foi analisar as mudanças organizacionais e assistenciais dos Núcleos de Segurança do Paciente implantados em hospitais universitários e suas estratégias para melhoria do cuidado. Trata-se de estudo de campo, de natureza qualitativa, com delineamento exploratório-descritivo. Os dados foram coletados em dois hospitais universitários, mediante entrevistas com a equipe multiprofissional, observação, análise dos documentos e grupo focal, conduzido pelo referencial teórico da ergologia. O estudo apresenta como resultado as categorias núcleo de segurança do paciente e as mudanças, caracterizando os aspectos, organizacional e assistencial com as subcategorias corresponsabilidade e compromisso da equipe multiprofissional; resistências e desafios tecnologia e recursos humanos aderências e desaderências no trabalho. Evidenciou-se que os membros do núcleo assumiram a tarefa de implantar os processos organizacionais

¹ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa PRÁXIS. Mestre em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo (USP), Docente da Universidade do Estado do Amazonas, (AM), Brasil. E-mail: Manoel.luiz@posgrad.ufsc.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – modalidade profissional da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa PRÁXIS (Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem). Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: francine.lima@ufsc.br.

e assistenciais, a começar pela elaboração do plano de segurança do paciente e sua articulação com a equipe multiprofissional que promove o cuidado em pacientes internados. A equipe do núcleo encontrou um ambiente favorável que possibilitou a imersão dos membros dos núcleos em todos os setores do hospital para discutir o processo de implantação das melhores práticas em segurança do paciente priorizadas pela gestão, desenvolvidas pelo núcleo de segurança do paciente. Entretanto, emergiram desafios que precisam de maior atenção da gestão e do núcleo de segurança do paciente.

Descritores: Núcleo de Segurança do Paciente, Equipe Multiprofissional, Hospitais Universitários e Ergologia.

ABSTRACT: The objective of the study was to analyze the operational, organizational, and care changes of the Patient Safety Nucleus implanted in university hospitals and their strategies for improving care. This is a field study of a qualitative nature with an exploratory-descriptive design. Data were collected in two university hospitals, through interviews with the multiprofessional team, observation, document analysis and focus group, guided by the theoretical reference of ergology. The study presents the core categories of patient safety and changes: characterizing the aspects: operational, organizational, and care with the following categories: co-responsibility and commitment of the multiprofessional team; resistance and challenges technology and human resources adhesions and job disadvantages. It was evidenced that the members of the nucleus assumed the task of implanting the organizational and assistance processes, starting with the elaboration of the patient safety plan and its articulation with the multiprofessional team that promotes inpatient care. The core team found a favorable environment that allowed core members to immerse themselves in all sectors of the hospital to discuss the process of implementing management-best patient safety best practices developed by the patient safety nucleus. However, challenges have emerged that need greater attention from management and the core of patient safety.

Descriptors: Patient Safety Nucleus, Multiprofessional Team, University Hospitals and Ergology.

RESUMEN: El objetivo del estudio fue analizar los cambios organizacionales e asistenciales de los Núcleos de Seguridad del Paciente implantados en hospitales universitarios y sus estrategias para mejorar el cuidado. Se trata de un estudio de campo, de naturaleza

qualitativa con delineamiento exploratorio-descriptivo. Los datos fueron recolectados en dos hospitales universitarios, mediante entrevistas con el equipo multiprofesional, observación, análisis de los documentos y grupo focal, conducido por el referencial teórico de la ergología. El estudio presenta como resultado las categorías núcleo de seguridad del paciente y los cambios: caracterizando los aspectos: organizacional y asistencial con las siguientes categorías: corresponsabilidad y compromiso del equipo multiprofesional; resistencias y desafíos, tecnología y recursos humanos adherencias y desadherencias en el trabajo. Se evidenció que los miembros del núcleo asumieron la tarea de implantar los procesos organizativos y asistenciales, empezando por la elaboración del plan de seguridad del paciente y su articulación con el equipo multiprofesional que promueve el cuidado en pacientes internados. El equipo del núcleo encontró un ambiente favorable que posibilitó la inmersión de los miembros de los núcleos en todos los sectores del hospital para discutir el proceso de implantación de las mejores prácticas en seguridad del paciente priorizadas por la gestión, desarrolladas por el núcleo de seguridad del paciente. Sin embargo, surgieron desafíos que requieren mayor atención de la gestión y del núcleo de seguridad del paciente.

Descriptor: Núcleo de Seguridad del Paciente, Equipo Multiprofesional, Hospitales Universitarios y Ergología.

INTRODUÇÃO

A perspectiva histórica e os principais desdobramentos implicados na segurança do paciente impeliram a Organização Mundial de Saúde (OMS) a definir Segurança do Paciente como a ausência de risco ou dano potencial associada com cuidados de saúde. Baseia-se no conjunto de elementos estruturais, processos, ferramentas e evidências cientificamente testadas, a fim de minimizar o risco de um evento adverso nos processos de cuidados de saúde ou mitigar as suas consequências, reduzindo o risco de danos desnecessários até um mínimo aceitável (RUNCIMAN et al, 2009; WHO, 2011; TRINDADE; LAGE, 2014).

Os ambientes dos serviços de saúde hospitalares são complexos, vulneráveis e inseguros, resultados das agressões externas como crises econômicas, falta de recursos humanos, materiais e tecnológicos (GIMENES, 2011). Para mitigar essa vulnerabilidade, as instituições reguladoras da saúde pública brasileira criaram mecanismos legais para

tornar os processos mais éticos e seguros, favorecendo a qualidade do cuidado prestado e reduzindo custos com eventos adversos provenientes dos erros da assistência.

As mudanças ocorridas no marco legal da saúde pública brasileira contemplaram essas estratégias que asseguram a todo cidadão e cidadã o direito a receber assistência de saúde de qualidade, artigo 198 da Constituição Federal e da Lei 8.080/1990 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) com a garantia do acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo (ANVISA, 2014).

O Brasil assumiu os desafios globais e as metas estabelecidas para a segurança do paciente no âmbito das políticas públicas internacionais de saúde e instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pela Portaria no. 529 de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde, que tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

Para a implementação do PNSP e com o escopo de transformar a realidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários do sistema público e privado brasileiro, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada n. 36 (RDC 36/2013) no dia 26 de julho de 2013, que determinou a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e do Plano de Segurança de Paciente (PSP) em todos os hospitais públicos e privados do território nacional, como estratégia regulatória legal, que visa à promoção da segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade nos serviços hospitalares de saúde públicos, privados e aqueles que se destinam ao ensino e a pesquisa no país (ANVISA, 2013; BERTO, 2017).

Os NSPs, previstos na Portaria MS/GM nº 529/2013 e na RDC nº 36/2013/ANVISA, são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de Saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente.

Os NSPs hospitalares devem estar vinculados organicamente à direção e ter uma agenda permanente e periódica com a direção geral, a direção técnica/médica e a coordenação de Enfermagem, e participar de reuniões com as demais instâncias que gerenciam aspectos da qualidade, reguladas por legislação específica, tais como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Análise de Prontuário, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Gerência de Risco, Gerência de Resíduos, Núcleo de Saúde do Trabalhador, entre

outras (BRASIL, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), os Núcleos de Segurança do Paciente devem, antes de tudo, atuar como articuladores e incentivadores das demais instâncias do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, promovendo complementaridade e sinergias neste âmbito.

Os NSPs serão responsáveis pela elaboração de um plano de segurança do paciente do serviço de Saúde que aponte e descreva as estratégias e ações definidas pelo serviço de Saúde para a execução das etapas de promoção, de proteção e de mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de Saúde (ANVISA, 2013).

O Núcleo de Segurança do Paciente e o Plano de Segurança do Paciente são instâncias dos serviços de saúde criados para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente e o aprimoramento contínuo dos processos de cuidado e uso de tecnologias da saúde, disseminação da cultura de segurança, promoção de mecanismos para identificação e avaliação da existência de não conformidade nos processos e procedimentos realizados, equipamentos, medicamentos e insumos (ANVISA, 2013).

Após a implantação do NSP e do PSP nos hospitais públicos e privados brasileiros faz-se necessário uma análise dos processos que conduziram e consolidaram essa política.

Os hospitais do nosso estudo fazem parte da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e sua Coordenadoria de Gestão Clínica, no contexto da Política Nacional de Segurança do Paciente e das Resoluções da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), publicou as Diretrizes para monitoramento, vigilância epidemiológica e avaliação em segurança do paciente nos hospitais da rede (ANVISA, 2013; EBSERH, 2016; 2017).

Os hospitais assumiram a política pública de saúde implantando os Núcleos de Segurança do Paciente, desenvolveram as estratégias de acordo com os Planos de Segurança do Paciente elaborados e adotaram como objetivos de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, Promover da Cultura de Segurança do Paciente, incorporar as seis metas da Organização Mundial da Saúde traduzidas nos 6 Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias 1.377/2013 e 2.095/2013 e acompanhar os indicadores de qualidade do serviço (ANVISA, 2013; EBSERH, 2017).

Desta forma, temática a ser investigada reveste-se de importância para assegurar a excelência nos serviços de saúde e os direitos dos

usuários a um sistema de saúde seguro, pela implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, dos Planos de Segurança e dos Protocolos de Segurança do paciente em todos os hospitais públicos e privados do território nacional.

A ausência do Núcleo de Segurança do Paciente nos hospitais públicos e privados e conseqüentemente a não implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente pode ser responsável por gerar mais insegurança e possivelmente levar ao aumento dos riscos e dos eventos adversos na prestação do serviço de saúde à população, como apresentados em estudos conduzidos por grupos de pesquisa brasileiros que trabalham a temática segurança do paciente, que revelam a alta frequência de eventos adversos relacionados a medicamentos e infecções hospitalares (VICTORA et al., 2011; CARVALHO et al., 2013; MENDES et al., 2013; MENDES et al., 2014;) e, por estes motivos, problemas na assistência devem ser monitorados e corrigidos antes que estes resultem em danos significativos aos pacientes.

Nos hospitais brasileiros, estudos revelam a alta incidência de eventos adversos evitáveis, os quais correspondem a cerca de 67% de todos os eventos adversos (MENDES et al., 2009; VICTORA et al., 2011; GIMENEZ, 2011; MACHADO, 2015; FRANÇOLIN, 2015).

No âmbito deste estudo, procurou-se refletir a respeito da implantação dos NSP em HUs com ênfase na dimensão do trabalho dos profissionais da saúde, à luz dos referenciais teóricos da Ergologia, com abordagem no trabalho prescrito e no trabalho real, buscando análises descritivas das situações de trabalho.

Analisar esse cenário constituído pelo trabalho prescrito, das normatizações e padronizações e o exercício do trabalho real que compreende a atividade executada pelo trabalhador, a ação por ele realizada (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010) é o objeto da ergologia.

Ergologia é a aprendizagem permanente dos debates de normas e de valores que renovam indefinidamente a atividade: é o desconforto intelectual presente nas atividades dos profissionais da saúde, quando o paciente interpela, quando os membros da equipe estão inseguros com novos procedimentos ou insatisfeitos com as normas a serem cumpridas, situações do ambiente da saúde que não pode nunca deixar-nos confortavelmente instalados em interpretações estabilizadas dos processos e dos valores em jogo numa situação (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010; ATHAYDE; BRITO, 2011).

A elaboração conceitual ergológica, de Schwartz (2002, p. 126), fez-se necessária tendo em vista que,

[...] toda atividade humana, localmente

reprodutora de história, vive e encontra suas ferramentas num universo de conceitos que só se tornam eficientes ao neutralizar a história. De modo inverso, a implementação dessa disciplina epistêmica se opera no tecido histórico da cultura humana. Portanto, ela é, enquanto implementação, um processo ergológico. Desse modo, na Ergologia, [...] “o conceito é um instrumento para pensar; ele permite recortar, definir, generalizar, abstrair-se do presente”, porém, “forma com a vida uma unidade dialética”.

Por essas razões e considerando o aporte teórico e seus pressupostos, a ergologia foi o referencial teórico que conduziu nossa investigação. Ela tem sido utilizada em estudos organizacionais sobre o trabalho (HOLZ; BIANCO, 2014; CAMPOS, 2017) necessária à construção de um processo de cor-responsabilização entre profissionais, usuários e gestores (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Diante do quadro de inconformidades evidenciadas nos hospitais públicos brasileiros, o estudo traçou como objetivo analisar as mudanças organizacionais e assistenciais dos Núcleos de Segurança do Paciente implantados em hospitais universitários e suas estratégias para melhoria do cuidado.

ITINERÁRIO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa de campo de natureza qualitativa com delineamento exploratório-descritivo, conduzida pelo referencial teórico da ergologia.

O estudo foi realizado em dois Hospitais Universitários Federais Brasileiros que implantaram o NSP: o Hospital Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas - HUGV/UFAM, situado na Região Norte, e o Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC, na Região Sul. A coleta foi iniciada somente após anuência dos gestores e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das instituições investigadas de acordo com o parecer consubstanciado CAAE: 68954517.3.0000.0121.

A amostra do estudo foi intencional, composta pelos subgrupos dos profissionais dos dois hospitais que atuam nos NSP/COSEP, nas CCIHs, nas clínicas médica, cirúrgica e unidade de terapia intensiva. A amostragem intencional ou não probabilística exige a escolha de um

subgrupo considerado representativo de toda a população (GIL, 2010).

Para a seleção da amostra dos participantes desta pesquisa foram empregados os seguintes critérios de inclusão: profissionais concursados lotados no hospital; que participaram assiduamente das reuniões dos NSP e das CCIH; que tivessem mais de três anos atuantes na instituição; que participaram dos processos de formação e treinamento para a implantação dos NSP; sendo que os incluídos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (BRASIL, 2012).

Foram excluídos do estudo: profissionais concursados em estágio probatório inferior a dois anos; profissionais em período de férias e de licença médica; profissionais declarados indígenas.

Para garantir o anonimato dos participantes entrevistados foram utilizadas letras e números como códigos, de acordo com a Resolução 466. Os participantes do estudo foram identificados pelas siglas EM que significa entrevista com participante do hospital de Manaus e EF entrevista com participante do hospital de Florianópolis.

Os procedimentos operacionais da coleta de dados ocorreram no período de setembro a dezembro de 2017. Os instrumentos para a coleta foram delineados de acordo com os objetivos do estudo e seguiram as seguintes etapas: 1) Análise dos documentos do NSP/COSEP; 2) Entrevistas, registradas com o auxílio de um gravador de áudio e um roteiro semiestruturado; 3) Observação Participante, com um roteiro orientador e o diário de campo para os registros; 4) Um roteiro para o Grupo Focal com os membros do NSP/COSEP. Foram realizadas 41 entrevistas, 102 horas de observação, 55 documentos analisados e 12 horas de grupo focal.

A primeira etapa da análise dos documentos procedeu-se a identificação, o registro dos documentos impressos, digitalizados e a catalogação dos documentos encontrados. O segundo momento foi a análise dos documentos, com leitura dos procedimentos operacionais descritos nas portarias, nas diretrizes, no plano estratégico de segurança do paciente, nos relatórios dos protocolos de segurança do paciente, das notificações dos eventos adversos, de acordo com o roteiro, com o objetivo de comprovar as ações e estratégias dos NSP/COSEP dos hospitais em termos de estrutura, organização, sistema de cuidado e as mudanças implantadas.

Os documentos coletados para análise estavam disponíveis nas ferramentas do sistema de gestão, nos arquivos dos NSP/COSEP e nas unidades de serviço nos formatos digital e impresso. Os documentos contribuíram para evidenciar a realidade do trabalho dos NSP.

A segunda etapa foi a realização das entrevistas, procedidas após

agendamento com os participantes do estudo, no local de trabalho ou onde o participante sentia-se confortável, seguindo um roteiro previamente estabelecido com perguntas abertas e fechadas. O objetivo da entrevista foi permitir que os profissionais pudessem expressar as suas percepções sobre as mudanças ocorridas, e captar o sentido e a importância dos novos processos implantados para a melhoria das condições do cuidado com a implantação do NSP.

A etapa seguinte foi da observação, registrada no diário de campo. A observação dos trabalhadores ocorreu nas clínicas médica, cirúrgica e unidade de terapia intensiva, por um período de um mês, durante seis horas diárias intercaladas, fazendo-se o acompanhamento in loco nos turnos matutino, vespertino e noturno.

Os diários de campo ou protocolos de campo como consideram (CRESWELL, 2014, p.134; POLIT; BECK, 2011, p. 390) consistem no registro de notas descritivas, reflexivas, metodológicas e/ou pessoais. Essas notas registradas representam os esforços do observador para registrar as informações, sintetizar e compreender os dados.

O pesquisador observou: a estrutura, as condições físicas do local, materiais equipamentos e tecnologias para a prestação da assistência em saúde; o trabalho da equipe multiprofissional: as atividades assistenciais realizadas nos setores observados, incluindo como o trabalho era realizado, a postura da equipe, o interesse, as relações interpessoais entre os profissionais, e destes com os usuários, profissionais com os gestores, as intercorrências, acontecimentos de origens diversas, ruídos, conversas paralelas, redes sociais e mídias, ações imprevisíveis que interferiram na segurança dos pacientes, clima de descontentamento, irritação ou desinteresse pelo trabalho.

Na abordagem ergológica, a observação é parte inerente à atividade do pesquisador. Na observação, o trabalhador foi incitado a falar da realização do seu trabalho para que pudesse por si só tomar consciência do que realmente estava realizando. Toda análise deu-se num encontro da atividade de trabalho (SCHWARTZ, 2011).

A organização dos dados coletados seguiu as seguintes etapas (CRESWELL, 2014, p.148): **A primeira é a fase denominada de pré-análise** consiste na criação e salvamento da unidade hermenêutica e inserção dos documentos primários selecionados; **a segunda é a fase da exploração do material** com a seleção dos fragmentos, a criação dos códigos, o agrupamento em famílias e a criação das famílias; e **a terceira fase é a interpretativa**, onde ocorre a articulação entre as citações selecionadas dos documentos primários, os códigos, as famílias e *memos*, sob a orientação do objetivo e referencial do teórico.

O grupo focal aconteceu em dia e hora marcada, na sala de reuniões do NSP, com duração de 3 horas cada encontro.

O grupo focal do estudo teve como objetivo discutir e analisar os temas mais relevantes identificados pelo pesquisador, para a validação, mediante decisão consensual amplamente discutida pelo grupo, para posterior análise, confrontação e aprofundamento das categorias e subcategorias definidas.

Após a coleta, os dados foram depositados no software Atlas.ti.7.5.1.0 (*Qualitative Research and Solutions*), utilizado em estudos qualitativos na área da saúde brasileira, para o armazenamento, codificação e integração de dados (FRIESE, 2014; ATLAS.TI, 2015). Os dados inseridos foram extraídos da análise dos documentos, da observação participante e das entrevistas.

A análise considerou a triangulação dos dados, ancorada na abordagem ergológica (SCHWARTZ; DURRIVE, 2003, p.248).

A triangulação envolve um processo de coleta de dados em diferentes períodos e de fontes distintas de modo a obter uma descrição mais rica e detalhada dos fenômenos, explorando as diferenças temporais, de locais e com indivíduos diferentes. (POLIT; BECK, 2011, p. 541).

A triangulação de dados deu-se pela relação entre os três instrumentos de coleta do estudo: as entrevistas como principais fontes dos dados, a observação e o estudo documental que serviram como fontes importantes para maior compreensão do fenômeno e seu contexto.

Após a sistematização dos dados, a análise consistiu em extrair os significados e os sentidos de todos os dados que construíram e evidenciaram as mudanças organizacionais e assistenciais após a implantação dos núcleos de segurança. (CRESWELL, 2014), constituindo as categorias analíticas.

Os resultados do estudo estão descritos em três categorias: a) mudanças operacional, organizacional e assistencial, com a implantação dos núcleos de segurança do paciente, o trabalho prescrito e o real; b) a corresponsabilidade e compromisso da equipe multiprofissional, o trabalhador: uso de si por si, uso de si pelos outros, em aderência; e c) desafios e resistências: investimento em tecnologia e pessoal, desaderências.

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de

Ética, de acordo com o parecer consubstanciado CAAE: 68954517.3.0000.0121 (Anexo E) das Diretrizes e Normas da Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, dispostas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Mudanças operacional, organizacional e assistencial, com a implantação dos Núcleos de Segurança do paciente - trabalho prescrito e trabalho real.

As principais mudanças operacionais, organizacionais e assistenciais promovidas pelos NSP/COSEP estão descritas nos 55 documentos emitidos a partir da criação do NSP/HUGV e do COSEP/HUUFSC. Os registros datam do período de 2013 a 2017, armazenados e catalogados no formato digital e impresso. O acesso aos documentos deu-se mediante solicitação formal pelo Termo de Anuência de Utilização de Dados (TCUD) à direção da unidade hospitalar que autoriza o setor responsável a disponibilizar o seu acesso e utilização para fins de pesquisa, estudos epidemiológicos, de viabilidade financeira para aquisição de materiais, insumos e equipamentos.

Nos documentos analisados identificaram-se os registros da criação do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Getúlio Vargas, sua composição e nomeação dos seus membros pela Portaria 65 de 2013, da direção da unidade de saúde, de acordo com o artigo 4º. da RDC 36 de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A composição é multiprofissional com 9enfermeiros, 1 médico, 2 fisioterapeutas, 1 farmacêutico, 1 nutricionista, 1 gestor do setor de tecnologias e 1 gestor de compras.

A criação do Comitê de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago / HUUFSC, a composição e nomeação dos seus membros foi através da Portaria 022/2015/DG/HU de 30 de janeiro de 2014.Sua composição é multiprofissional com 14 enfermeiras, 3médicos, 3 farmacêuticas e 2 fonoaudiólogas.

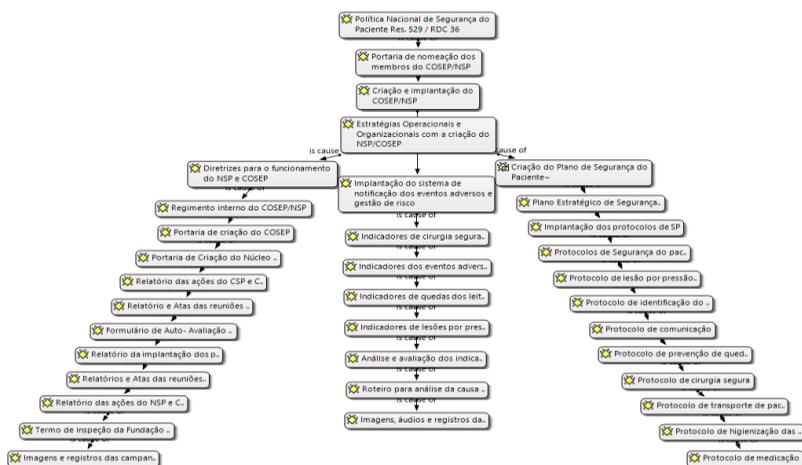
Na sequência, apresenta-se, o fluxograma do Atlas.TI 7.5.1.0, composto pelos documentos do NSP/COSEP do período de 2013 a 2017.

A *familie* Política Nacional de Segurança do Paciente foi

articulada a partir dos *codes* estratégias operacionais e plano de segurança definidos por 58 *quotations* retiradas dos documentos emitidos pelos NSP/COSEP.

O fluxograma (Ilustração 1) representa em 3 eixos como se deu a organização do processo de implementação da política nacional de segurança do paciente nos hospitais universitários investigados. O eixo central corresponde às Portarias e Resoluções que criaram o programa nacional e os núcleos de segurança, que desenvolveram as estratégias operacionais, organizacionais e assistenciais documentadas. O eixo 2 conecta-se ao central indicando as estratégias registradas nos documentos e o terceiro eixo das ações desenvolvidas pelo núcleo de segurança do paciente.

Ilustração 1. Documentos dos NSP/COSEP do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) e Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC).



Fonte: (NS/PHUGV/COSEP/UH/UFSC, 2018).

A prioridade dos NSP/COSEP foi a elaboração do Plano de Segurança do Paciente. O plano é um documento estratégico da estrutura administrativa que direciona e norteia todas as ações e atividades dos NSP/COSEP para promover a segurança do paciente no ambiente hospitalar, ele foi concebido coletivamente, após inúmeras reuniões, encontros e consultas com os gestores e a equipe multidisciplinar que trabalha diretamente com o paciente.

Nas atas das reuniões estão registradas que antes das tomadas de

qualquer decisão sobre as mudanças a serem implantadas, ou qualquer iniciativa que tinha por objetivo a promoção da segurança do paciente, todos os setores envolvidos no cuidado deveriam e foram consultados, ouvidos e as decisões colegiadas eram respeitadas, as propostas sugeridas acatadas pelo núcleo, o principal responsável pela execução da atividade.

As principais estratégias assistenciais planejadas pelos núcleos a curto, médio e longo prazo foram: a criação e implantação dos protocolos de segurança do paciente, a implantação do sistema de notificação dos eventos adversos, a promoção da cultura de segurança do paciente, valorização e visibilidade da gestão de risco, avaliação da qualidade da assistência pelos indicadores levantados e a análise da causa raiz dos eventos adversos com danos aos pacientes.

Dentre os protocolos de segurança do paciente criados e implantados estão: os de higienização das mãos, prevenção de lesão por pressão, cirurgia segura, identificação do paciente, uso racional de medicamentos, comunicação e transporte. É importante registrar, que em um dos hospitais existem iniciativas da equipe multiprofissional e dos programas de mestrado e doutorado profissional, para a criação de novos protocolos de segurança do paciente para o hospital HUUFSC e no HUGV a equipe do núcleo validou e implantou o protocolo de transporte seguro de pacientes.

A implantação dos protocolos exigiu dos núcleos um intenso trabalho de preparação e conscientização para que ao serem implantados fossem assumidos coletivamente e não porque o hospital estava implantando como obrigatoriedade legal.

Nos registros dos relatórios dos protocolos, de um dos hospitais, a equipe do núcleo descreve que está encontrando dificuldades para aquisição da pulseira adequada para a implantação do protocolo de identificação e justifica que não há consenso em torno da pulseira mais apropriada que atenda aos critérios e diretrizes sobre o tipo, informações do paciente e modelo a ser adotado. Até a conclusão do nosso estudo não havia uma decisão sobre a pulseira a ser adquirida para a identificação dos pacientes, está em processo de licitação.

A notificação dos eventos adversos é uma mudança em processo gradual e contínuo, realizada pela equipe multiprofissional. A notificação é realizada no formato manual depositada nas urnas das notificações ou digital/informatizado, no sistema do hospital. A equipe responsável pelas notificações manuais recolhe diariamente os registros para a inserção dos dados no sistema. As notificações geraram dados importantes que permitiram aos núcleos a investigação e análise das

causas dos eventos adversos com danos.

Os núcleos investigam a causa raiz dos eventos com danos e dão respostas à equipe do setor onde ocorreu o evento, para corrigir as inconformidades das suas causas e promover capacitação, aprimoramento e formação da equipe.

Os dados notificados são apresentados e discutidos na reunião do núcleo de segurança do paciente e seus resultados são consolidados em gráficos para a definição dos indicadores, os balizadores das ações e estratégias a serem adotadas pelos núcleos com vistas à melhoria no cuidado.

Os dados levantados são expostos nos setores para o conhecimento das equipes responsáveis pelo cuidado, essa iniciativa tem contribuído para favorecer um clima de segurança entre os profissionais do serviço.

A notificação ainda apresenta resistências por parte de membros da equipe, entretanto, tem se consolidado como uma importante ferramenta de controle e avaliação da qualidade do serviço prestado e promoção da cultura de segurança do paciente.

A cultura de segurança do paciente nos hospitais ainda é um conceito em construção entre os membros dos núcleos e da equipe multiprofissional. Avanços são constatados e registrados nas atas das reuniões e nos relatórios. A estratégia para se discutir cultura de segurança é ampla e passa por várias iniciativas como: reflexão da temática nos fóruns de debates, nas reuniões dos setores, nas campanhas e semanas de segurança do paciente promovidas pelos núcleos.

A gestão de riscos é um setor que está consolidado nos hospitais investigados, está integrado ao NUVISAH e responde pelo controle dos riscos potenciais e reais que os pacientes internados estão expostos em todos os setores do hospital. A gestão de risco promove e apoia as iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, pela organização do cuidado e pelo rastreamento dos riscos.

O NUVISAH foi criado antes da implantação dos núcleos de segurança e tem o seu planejamento e estrutura definida e faz parte do Núcleo de Vigilância em Saúde dos Hospitais.

A gestão do risco é uma importante estrutura operacional com impacto na assistência, a gerência de risco e os NSP/COSEP trabalham para o estabelecimento de uma cultura de segurança, que pressupõe o aprendizado com as falhas e a prevenção de infecções e incidentes relacionados à assistência à saúde.

Das entrevistas com a equipe multiprofissional, os resultados mostram que os NSP/COSEP, foram implantados num contexto de

mudanças de gestão e governo dos hospitais, o que gerou muitas expectativas e incertezas. Recortamos fragmentos relevantes das falas que corroboram com as contribuições e mudanças geradas pela criação dos NSP/COSEP, contextualizando o processo de implantação e as estratégias assumidas pelos núcleos.

A implantação do NSP foi uma estratégia que mobilizou grande parte dos profissionais e possibilitou uma ampla discussão sobre a política nacional de segurança do paciente e o novo modelo de cuidado que estava se implantando nos hospitais públicos e privados do Brasil e, sobretudo, para o nosso hospital que tem essa característica, por ser um hospital de referência que forma os profissionais de saúde para a região amazônica, mexeu com a gente, foi desafiador, além do mais a entrada da EBSEH que chegou com essa proposta de melhorar a qualidade do serviço, isso mexeu com todo mundo. (E4M).

No início, foi estranho para alguns, diziam: mais trabalho, para outros foi novidade, mas já se discutia o assunto nas reuniões por uma parcela significativa de enfermeiros, e dessa forma, o COSEP foi se estruturando com dificuldades, algumas incompreensões, mas, com o compromisso e a responsabilidade da equipe responsável pela elaboração do plano de segurança e implantação dos protocolos e depois a adesão e o envolvimento dos setores do hospital, foi acontecendo. (E2F).

Uma estratégia importante foi à realização das campanhas de segurança do paciente, a primeira que tivemos foi de erros de medicação, em seguida de lesão por pressão, de cirurgia segura, de quedas no leito, de higienização das mãos, dentre outras, que permitiu o início de uma agenda obrigatória e hoje está consolidada que é a nossa semana de segurança do paciente, o NSP fez a coisa andar. Temos implantados os protocolos, os eventos adversos estão sendo notificados. (E5M).

A criação do COSEP impulsionou mudanças importantes aqui, quero te dar um exemplo bem objetivo das mudanças ocorridas, as discussões

sobre os eventos adversos ficavam mais restritos às equipes de enfermagem, de médicos, da gestão de risco e da CCIH. A criação do núcleo permitiu ampliar a discussão, debater os problemas com a equipe, estudar e analisar a causa raiz dos eventos e dar respostas e soluções, sempre na perspectiva educativa e da formação da equipe multiprofissional. (E15F).

Nesta categoria, os profissionais relataram sua compreensão e percepção sobre o processo de implantação dos NSP/COSEP, as mudanças e estratégias adotadas, que segundo eles, envolveram, em certa medida, grande parte dos profissionais da saúde que trabalham nos hospitais.

As campanhas, os encontros nos setores, as reuniões com as gerências, foram estratégias pontuais que contribuíram para o desenvolvimento do plano e das ações com vistas à melhoria do cuidado.

A observação do cenário dos hospitais ocorreu na presença da equipe multiprofissional e dos pacientes internados e deu-se por um período de um mês, durante 5 e 8 horas diárias intercaladas, totalizando 108 horas, nos turnos matutino, vespertino e noturno nos HUGV e HU/UFSC.

Nos hospitais investigados alguns elementos da organização, da estrutura e da gestão estão implantados com semelhanças, porém, com suas especificidades locais, pela adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que é uma empresa pública de direito privado, criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com estatuto social aprovado pelo Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011.

Os hospitais investigados estão passando por mudanças estruturais importantes, como contratação de novos profissionais, nova estrutura, novos equipamentos e tecnologias para os três setores observados, o que permite melhores condições físicas do local e de materiais para a prestação da assistência em saúde, o que contribui para a melhoria significativa do ambiente laboral, a satisfação dos profissionais e dos usuários.

O HUGV foi reinaugurado com novas instalações físicas, situado no mesmo local onde funcionava o antigo hospital, que em parte, ainda é utilizado para o atendimento dos usuários como ambulatório, para consultas e exames. As adaptações do novo hospital foram planejadas pela gestão e pelas equipes dos setores, as atividades assistenciais

organizadas de acordo a dinâmica de cada setor e a demanda interna do serviço.

O trabalho realizado pela equipe multiprofissional nos vários setores depende da demanda interna, da urgência e emergência, dos ambulatorios, agendamento eletivos para intervenções cirúrgicas, internações nas clínicas médicas, cirúrgicas e UTI e por solicitações externas. Cada setor atende as solicitações de acordo com as indicações, a disponibilidade de leitos e os trâmites padronizados pela instituição.

Na UTI a equipe é composta por enfermeiros e equipe de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico, psicólogo e assistente social. Na UTI, o cuidado é realizado, 24 horas, por médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, os demais fazem expediente no plantão diurno ou por demanda.

O paciente chega na UTI por solicitação de vaga de demanda interna e externa e é admitido pela equipe médica e da enfermagem, vem da urgência e emergência, da cirúrgica para monitorização do pós-operatório e da médica quando complica. Cada membro da equipe faz sua avaliação diária, examina, prescreve, evolui o paciente, recebe a família para coletar mais informações e orientar. A equipe interage, dialoga e decide sobre a conduta, mas isso depende de cada paciente.

A alta é feita pelo médico, a enfermagem orienta o paciente e a família, informa ao Núcleo de Regulação de Leito, quando ocorre o óbito a família é acolhida informada sobre todos os cuidados a serem tomados.

Na clínica médica a equipe multiprofissional trabalha de forma coesa, mas não tem um momento para decidir conjuntamente um plano terapêutico para o paciente, cada um resolve e toma a sua decisão e a enfermeira é o elo de todas as profissões.

A enfermagem recebe o plantão avalia todos os pacientes, o médico passa e examina o paciente e prescreve, a nutricionista avalia as condições nutricionais do paciente, a psicóloga depende do horário dela, mas também atende, orienta os pacientes e seus familiares, a assistente social atende por demanda e de acordo com a solicitação da enfermagem, ela não atende todo mundo, a farmácia fica no terceiro andar e o farmacêutico vem quando é solicitado, mas não tem um farmacêutico clínico na médica, tem fonoaudiólogo que também atende por demanda e as residentes em fonoaudiologia que, geralmente, atendem pacientes que vieram da UTI com problema de disfagia.

O trabalho realizado na Clínica Cirúrgica está diretamente ligado ao Centro Cirúrgico. O paciente do pós-operatório é encaminhado à cirúrgica para o acompanhamento de sua evolução clínica pela equipe de

enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e pelo cirurgião responsável pelo procedimento.

As atividades assistenciais, no setor observado, são realizadas pelos profissionais com senso de corresponsabilidade e colaboração, mesmo com as tensões próprias do ambiente hospitalar e o ritmo determinado pela demanda do setor específico, o que gera aborrecimentos para alguns profissionais. Não obstante as tensões geradas, observou-se que o trabalho era realizado, os profissionais e usuários sentiam-se confiantes com a evolução dos resultados terapêuticos.

A aplicação e utilização dos POPs e dos protocolos de segurança do paciente é uma realidade dos setores, encontram-se em formato digital nos sistemas dos hospitais, impressos e afixados em locais apropriados nos setores observados para o acesso e utilização da equipe.

Nos registros das relações interpessoais entre os profissionais com a gestão e com os usuários prevaleceu o diálogo, o respeito, clima de confiança, relações interpessoais humanizadas entre os profissionais, e destes com os usuários, assim como dos profissionais com os gestores. Uma importante evidência do comprometimento e da corresponsabilidade da gestão e da equipe com as mudanças implantadas.

Registramos algumas situações típicas do contexto histórico e cultural que vivemos atualmente, o fenômeno das redes sociais e mídias, uso de celular e *smartphone*. Alguns profissionais distraem-se com o *whatsapp*, comentam sobre mensagens recebidas e comunicações externas.

Foi observado que alguns profissionais realizam os procedimentos com o aparelho celular no bolso do jaleco e ao sinal de qualquer mensagem ou chamada de voz atendem tranquilamente o aparelho ou saem do setor para continuar a conversa e interagir com o ambiente externo.

Em outra observação notou-se o que o profissional ao atender o celular continuou a avaliar o paciente tranquilamente.

As situações são diversas como acessar o sistema com o fone no ouvido, assistir noticiário no horário noturno e para realizar chamadas.

Por outro lado, utilizada também para informações sobre os pacientes, comunicação de procedimentos, consulta à terapia medicamentosa e a utilização de tecnologias e aplicativos que dizem respeito aos cuidados e são importantes ferramentas à assistência em saúde e à segurança dos pacientes.

A corresponsabilidade e compromisso da equipe multiprofissional, o trabalhador: corpo-si, o trabalho: usos de si em aderência

O Plano de Segurança do Paciente e o Plano Estratégico de Segurança do Paciente foram amplamente divulgados e assumidos coletivamente. A divulgação deu-se através de comunicados em todos os setores do hospital, pelos membros dos núcleos e onde os membros dos núcleos exercem suas atividades, especialmente nas Clínicas Médica, Cirúrgica, UTI, Urgência e Emergência, através de campanhas, reuniões e treinamentos. Para garantir a sua implantação, as equipes dos NSP/COSEP inicialmente buscaram preparar os profissionais para aplicar nos vários setores as estratégias e ações planejadas.

A implantação das atividades foi precedida de encontros de formação e treinamento com as equipes para que todos pudessem estar habilitados e capacitados para a aplicação das estratégias, nos vários setores do hospital como paradigma de um novo modelo de cuidado.

Os profissionais envolvidos e participantes da pesquisa relatam o comprometimento e a corresponsabilidade que a equipe multiprofissional mostrou. A equipe dos NSP/COSEP teve papel fundamental, mobilizando os profissionais do hospital a aderirem ao plano e suas ações.

A equipe do NSP foi escolhida a dedo pela gestão, porque só tem gente capacitada, treinada, a maioria tem pós-graduação, é interessada pelo tema da segurança do paciente, gerente de setores [...], então veja, que esse cuidado da gestão fez a diferença porque eles estão trabalhando duro para que o plano dê certo, para que os protocolos sejam realmente aplicados, ou seja, isso tudo se deve à equipe do COSEP e os profissionais que ajudam nesse trabalho. (E18F).

Eu achava que o pessoal do NSP ia declinar da tarefa, me equivoquei, porque eles se reúnem, trazem as informações, dizem como deve acontecer os processos, vão nos setores, orientam sobre as dúvidas que surgem, conversam com a equipe, dão treinamento. Então, a equipe é bem atuante, é comprometida, merece o nosso reconhecimento. (E13M).

Olha que sou bastante crítica com essas comissões, porque tem aquela conotação, sabe? Sempre os amigos do gestor [...]. Mas, essa

equipe é bem atuante, são pessoas que entendem do assunto, gostam, são interessadas e estão preparadas. Aí eu dobro o bico, porque tenho que reconhecer que o trabalho que eles estão realizando é muito difícil, mas os resultados estão aparecendo aos poucos, e eles mostram o que está certo e o que está errado, veja lá os indicadores, eles conversam com a equipe e estimulam a melhorar cada vez mais o cuidado. Aí tem os protocolos, as notificações e por aí vai [...].(E8F).

A equipe é bastante atuante, primeiro eles passaram em todos os setores, ouviram as sugestões, as propostas dos colegas para a elaboração do plano de segurança. Elaboraram o plano e depois voltaram e apresentaram o plano, para a gente confirmar se estava de acordo. Isso nunca acontecia, geralmente vinha tudo de cima para baixo já pronto, treina e executa. Eu achei a metodologia deles bem mais comprometida com a realidade, voltada para o profissional e para o paciente. (E19M).

A equipe multiprofissional que elaborou o plano e assumiu a sua aplicação teve uma atuação destacada e decisiva, por seu envolvimento e a sua capacidade de articulação com os profissionais, com as gerências dos setores e com os pacientes.

Os profissionais estão mais atentos aos cuidados com os pacientes acamados, na UTI o fisioterapeuta tem prestado uma importante contribuição aos pacientes imobilizados predispostos a complicações que comprometem sua capacidade física e funcional e o fisioterapeuta auxilia com novas técnicas de movimentação, de aspiração, fisioterapia respiratória favorecendo a recuperação dos pacientes e prevenindo contra futuras lesões.

O farmacêutico clínico intensivista vem ganhando espaço e se articulando com a equipe multiprofissional por suas importantes contribuições, ele avalia as prescrições medicamentosas, identifica efeitos colaterais, interações medicamentosas que podem interferir na evolução terapêutica dos pacientes hospitalizados, é uma referência na UTI para evitar que eventos adversos a medicamentos ocorram. E vem se destacando como profissional qualificado e imprescindível nas unidades de internação.

Há uma interação natural dos profissionais médicos com os

enfermeiros e a equipe de enfermagem, em todos os momentos das ações do cuidado a equipe médica se reporta a enfermagem e vice-versa numa estreita colaboração de confiança e afinidade clínica, o paciente é o elo dessa intercolaboração laboral e o resultado beneficia o paciente.

Assim, nas clínicas investigadas, o nutricionista, o fonoaudiólogo, o psicólogo, todos os membros da equipe multiprofissional contribuem de maneira significativa, nos espaços de cuidado, promovendo e contribuindo com suas especificidades clínicas, com melhores práticas do cuidado e a segurança do paciente.

Resistências e desafios: investimento em tecnologia e pessoal, desaderências

A implantação de novos procedimentos, novas formas de transformar o cuidado de pacientes hospitalizados são permeados por resistências e desafios. Na área da saúde os desafios se potencializam por inúmeros motivos, dentre eles, os fatores humanos e tecnológicos por exigirem dos profissionais envolvidos no processo, capacitações, treinamentos, conhecimento técnico científico, habilidades e competências, e da instituição, investimentos em tecnologias, novos softwares que auxiliam no cuidado, aquisição de equipamentos, novos produtos hospitalares, dentre outros.

Identificamos no nosso estudo as resistências e os desafios relacionados à implementação do cuidado. Dentre as resistências que emergiram da análise qualitativa no software, a *familie* resistências e desafios, derivada dos *codes*: protocolos, notificações, tecnologia e recursos humanos extraídos das *quotations* dos *primary documents*, evidenciando que persistem importantes demandas que precisam de novo olhar dos NSP/COSEP, para avançar em áreas importantes com maior necessidade de investimento.

Os resultados apresentados extraídos das entrevistas inseridas no software, revelam que investimentos em recursos humanos, com um percentual de 29,78%, de 28 citações, tecnologia com 27,65% de 26 citações aparecem como desafios às equipes dos núcleos e gestão de pessoal dos hospitais. Os protocolos com 22,30% de 21 citações e as notificações com 20,21% de 21 citações que são consideradas como resistências a serem superadas.

O núcleo tomou várias iniciativas para que os protocolos fossem aplicados, treinou, reuniu várias vezes, explicou tudo detalhadamente e a grande maioria segue, mas tem aqueles que

resistem, fazem o mínimo, ainda não se deram conta da necessidade, eu não culpo o núcleo, não, é porque tem algumas pessoas que realmente ainda não despertaram. (EM12).

Eu me senti comprometida com o processo comecei a notificar e as pessoas foram incentivadas, notificamos no sistema e no registro de papel. (EF3).

Aqui no hospital temos todo tipo de equipamento e tecnologia para o atendimento dos nossos pacientes. Eu posso fazer uma lista deles, por exemplo, só aqui na UTI temos as bombas de infusão, os respiradores, os leitos dos pacientes, o sistema informatizado, o sistema de notificação dos eventos adversos, mas falta o principal que é o prontuário eletrônico, tem um para os principais registros, mas não atende satisfatoriamente. (EM19).

No hospital temos tecnologias de ponta, e sempre estão trazendo novas, mas temos também grandes desafios relacionados a elas, como treinamento da equipe, da equipe toda quero dizer, a manutenção, quando danifica demora um pouco, o uso incorreto, tem até quem não sabe usar, não recebeu treinamento aí vai lá fuçar e quebra, né? E ainda tem coragem de dizer que é o equipamento que não presta. (EF15).

Eu vejo a boa vontade da equipe, mas muita coisa não avança por conta do número de funcionários do hospital que é reduzido, ainda tem os que se aposentaram e os que estão de licença, então muita coisa fica só no papel. Eu acho que tem por trás um sério problema financeiro que não permite a chamada dos que passaram no concurso, parece que tem muita gente esperando ser chamada. (EM10).

Um hospital desse porte não funciona sem tecnologias, tem muita coisa funcionando e atendendo em certa medida, mas ainda falta, por exemplo, o prontuário eletrônico dos pacientes, onde toda equipe possa registrar e ter acesso às informações completas do paciente, os

procedimentos realizados, a terapia medicamentosa, os exames, o processo de enfermagem. Se você pedir um prontuário no sistema para analisar, com certeza não vai encontrar. É uma ferramenta muito útil do cuidado e que promove a segurança do paciente, as evidências científicas estão aí para quem quiser ver. Então, o núcleo tem que correr atrás do prontuário, eu vejo isso como um desafio para o NSP. (EF5).

Os desafios e as resistências identificadas no estudo mostram a realidade dos hospitais e as dificuldades que os NSP/COSEP enfrentam para colocarem em prática todas as estratégias definidas no plano de segurança do paciente para gerar mudanças significativas.

Essas situações representam um sério problema a ser rediscutido com a equipe multiprofissional, reavaliar as estratégias para uma maior adesão às notificações e à aplicabilidade dos protocolos de segurança do paciente.

DISCUSSÃO

Mudanças organizacionais e assistenciais, com a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, o trabalho prescrito e o trabalho real

As mudanças promovidas pelas equipes dos NSP/COSEP desde sua criação, foram conduzidas a partir da história local das instituições, da micro história dos trabalhadores em saúde, fazendo o uso de si, segundo a percepção de cada um destes protagonistas em aderência às normas prescritas (BRASIL, 2013; ANVISA, 2013), nos encontros, presente na atividade humana (SCHWARTZ, 2011).

Emergiu do estudo a subcategoria mudanças operacional, organizacional e assistencial, a partir da análise dos documentos, das entrevistas, da observação e validadas pelo grupo focal, com a articulação do “Dispositivo Dinâmico de três Polos – DD3P” de Schwartz que evidenciou o trabalho prescrito e o trabalho real das equipes do NSP/COSEP e da equipe multiprofissional (SILVA, 2017, p.4).

O primeiro polo dos saberes constituídos, manifesta-se pelos

saberes anteriores e exteriores, dos conceitos, das competências e dos conhecimentos disciplinares acadêmicos e/ou profissionais, dos saberes que estão presentes nas atividades da equipe multiprofissional e docentes, sendo pressupostos à compreensão dos processos envolvidos na implantação do núcleo de segurança que promoveu as mudanças em todo o processo (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

O segundo polo dos saberes investidos, encontra-se nas atividades realizadas pela equipe de saúde, diz respeito aos verdadeiros saberes, à experiência prática diária e singular de cada trabalhador, jamais controlada pelos saberes constituídos (TRINQUÉ, 2010).

Neste contexto, o fator humano foi determinante para que as mudanças acontecessem, destacamos dentre elas: a implantação dos protocolos de segurança do paciente, o sistema de notificação dos eventos adversos, a consolidação da gestão de risco, o estabelecimento da cultura de segurança do paciente, a análise da causa raiz dos eventos adversos com danos, os indicadores de segurança operacionalizados pelos núcleos de segurança do paciente. São saberes que evidenciam as mudanças assistenciais planejadas e executadas na aproximação do trabalho prescrito e real (SCHUWARTZ, 2011).

O núcleo de segurança do paciente conduziu à organização do cuidado introduzindo práticas assistenciais definidas no plano de segurança, como os protocolos, as notificações dos eventos adversos, avaliando a sua aplicabilidade registrando em relatórios e atas os avanços e dificuldades do processo.

Estudos apontam que no âmbito operacional e assistencial, a instituição de saúde tem se apropriado de ferramentas como relatórios de eventos adversos de medicação e prevenção, que auxilia na padronização, avaliação e tendências de erros de medicação (HILLIN; HICKS, 2010). A utilização de protocolos, *checklist*, além da aplicação de diretrizes atuais, também auxiliam a reduzir erros, como por exemplo, em cirurgias, prevenindo a ocorrência de eventos adversos (ANTONOFF et al., 2013).

As instituições estudadas fazem parte da rede de hospitais das universidades federais do país vinculados à EBSEERH, que definiu estratégias para a estruturação do Setor de Vigilância em Saúde, por meio do manual básico de Diretrizes para Estruturação e Funcionamento da Vigilância Epidemiológica Hospitalar e para Monitoramento e Avaliação em Segurança do Paciente (EBSEERH, 2016, 2017).

As instituições precisam cumprir normas que incidam sobre a segurança do paciente, sobre a *standardização* de procedimentos, mudanças no gerenciamento do trabalho, criação de gestão de riscos,

protocolos e indicadores (SIMAN et al., 2016). Esse processo auxilia a instituição na definição de processos mais seguros.

O núcleo de segurança do paciente definiu em suas metas de trabalho a capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado para o registro das notificações dos eventos adversos, disponível no formato digital e impresso com o objetivo de evidenciar os indicadores de qualidade do cuidado.

A utilização de indicadores tem possibilitado avaliar as melhorias com transparência, promovendo a incorporação de práticas seguras, com impacto em medidas clínicas e resultados de qualidade. Além disso, permite a realização de uma análise comparativa entre instituições semelhantes para ajudar a melhorar a segurança do paciente (PETERLINI, 2014).

Um aspecto importante que precisa ser incorporado às novas práticas é a percepção do profissional e do paciente com o custo hospitalar, os custos são reduzidos com as melhores práticas de cuidado, reduz infecção, tempo de internação, aumenta a satisfação do usuário.

Do ponto de vista organizacional, o desenvolvimento e implementação de protocolos são medidas efetivas na redução dos gastos excessivos porque favorecem também rotinas em setores de infraestrutura e de apoio à assistência melhorando a eficiência institucional como um todo (ROSSANEIS, 2015).

A equipe preparou os profissionais que atuam nos núcleos e os profissionais do serviço a entenderem que não basta mudar, é preciso compreender que os hospitais estavam entrando num novo paradigma conceitual de cuidado, o paradigma de uma nova metodologia do cuidado, uma nova cultura do cuidado, uma nova concepção de cuidado.

Mudanças e metas de qualidade nos diversos serviços de saúde oferecidos à sociedade implica na mudança conceitual dos envolvidos no cuidado, na estrutura e cultura organizacional com vistas à otimização dos resultados (CARVALHO et al., 2015).

A confrontação dos saberes investidos com os saberes constituídos com normas sobre a política nacional de segurança do paciente e os documentos dos NSP, promoveram a mudança conceitual e assistencial, evidenciadas pela compreensão dos motivos dos temores dos trabalhadores com as dramáticas, relacionados à aderência aos novos processos e procedimentos operacionais e organizacionais assumidos coletivamente pelos NSP/COSEP (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Os encontros, as reuniões e os treinamentos foram momentos significativos que permitiram definir, a partir da discussão das

propostas, as mudanças necessárias que foram implementadas pelos profissionais e pelos núcleos.

Neste sentido, o trabalho foi mais que execução de tarefas ou um trabalho prescrito, ele se inscreveu pelos encontros e discussões do plano de trabalho na busca pela superação da distância entre o prescrito e o real, foi um lugar de acontecimentos, buscou preencher esses espaços que precisavam de novos olhares, de novas atitudes para resinificar a prática do cuidado.

Esse movimento é um engendrar-se, é compartilhar sentidos, dialogar com o trabalhador sob o ponto de vista da auto confrontação, para que ele perceba e compreenda o que realmente faz e por que o faz, os sentimentos que se encontram nas situações de trabalho, descrita por Schwartz como as dramáticas do uso de si nas situações de trabalho (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Entender o trabalho é uma das bases da Ergologia, as atividades são debates que os trabalhadores realizam com eles e com o outro no cotidiano do trabalho, aprendendo, elaborando, planejando aspectos da estruturação e da subjetividade, sendo reconhecidos como uso de si por si e pelos outros. (SILVA, SANTOS, 2017, p.8).

O terceiro é o polo dos encontros da exigência filosófica, para o confronto e análise das situações registradas, para a elaboração das disposições e das soluções para os problemas e desafios levantados e a identificação das mudanças geradas com a implantação dos núcleos de segurança do paciente.

Esse foi o espaço onde todos os saberes se encontraram para provocar a inter fecundação entre os polos e renovar os saberes formais e disciplinares rumo à transformação, às mudanças e às estratégias esperadas, numa postura ética e reflexiva da atividade do trabalhador em saúde dos hospitais investigados (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010; TRINQUET, 2010; BRITO, 2011).

Constatar as mudanças operacionais, organizacionais e assistenciais ocorridas com a implantação dos NSP/COSEP dos hospitais investigados pelo trabalho prescrito e real é mostrar que na perspectiva ergológica, todo o processo estrutural e organizacional implantado, denota uma clara aderência dos profissionais da saúde em sua atividade de trabalho relacionada às normas e conseqüentemente sua renormatização pelo trabalho prescrito e real.

Para Trinqué (2010), o polo 3 é o lugar onde todos os participantes com suas diferenças e oposições e o envolvimento da organização podem a qualquer momento, dar sugestões de melhoria em relação ao problema a ser resolvido e promover as mudanças necessárias.

As situações de trabalho na perspectiva de Trinqué (2010), na análise de Silva (2017, p. 104) um mesmo trabalhador pode estar nos três polos ao mesmo tempo:

- a) o polo dos saberes constituídos, organizados e disponíveis, b) enquanto trabalhador, aquele que dispõe de saberes investidos e, c) enquanto parte integrante da organização, participar da concepção e do desenvolvimento de debates.

Esse envolvimento dos trabalhadores e da instituição criou as condições para que o núcleo de segurança do paciente implantasse as mudanças necessárias.

As iniciativas para a promoção da segurança do paciente e da qualidade na assistência à saúde são crescentes e deve-se ao envolvimento da direção das instituições, da equipe multiprofissional e docentes.

Desta forma, a estratégia determinante de todo processo foi a elaboração, organização e operacionalização das atividades assistenciais contempladas no Plano de Segurança do Paciente construído pelas equipes dos NSP/COSEP e sua execução pela equipe multiprofissional dos hospitais universitários.

A corresponsabilidade e compromisso da equipe multiprofissional, o trabalhador: corpo-si, usos de si pelos outros

A implantação do NSP e das mudanças foram possíveis graças a mobilização dos equipe multiprofissional mediada por uma ampla discussão sobre a política nacional de segurança do paciente e o novo modelo de cuidado que estava se implantando. Os trabalhadores dos hospitais investigados foram os protagonistas do processo com os seus saberes investidos e constituídos.

No pressuposto ergológico, “o inter, o multi e o transdisciplinar são caminhos possíveis para se compreender a complexidade das atividades humanas em situações de trabalho em saúde” (CUNHA, 2014, p.56). Nas relações do trabalho em saúde, o trabalhador “corpo si” é o árbitro no mais íntimo de sua atividade, não é um “sujeito” delimitado, definido, mas uma “entidade enigmática que resiste às tentativas

de ser objetivado” (SCHUWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010, p.196).

Por seu comprometimento e engajamento em todas as etapas do novo modelo de cuidado implantado, o profissional da saúde foi o protagonista e a ergologia corrobora com essa análise ao afirmar que “o ser humano é convocado a agir, o ser humano é confrontado com o que exigem dele e com o que ele exige de si mesmo, ele entra num debate de normas para dar sentido e significado ao seu trabalho” (DURRIVE, 2011, p.49).

A mobilização e ampla discussão sobre a Política Nacional de Segurança do Paciente que estava se implantando, como paradigma de um novo modelo de cuidado, deu-se pela corresponsabilidade e compromisso dos indivíduos e pela atuação da equipe multiprofissional.

“A capacidade dos indivíduos de debaterem as normas do seu ambiente de trabalho é mediada pelo corpo si, numa fusão de todas as dimensões do ser, sejam essas políticas ou culturais” (SILVA, 2017, p.9).

Compreender a mobilização e o compromisso da equipe multiprofissional e dos trabalhadores foi um desafio, pois significa “integrar um olhar mais plural sobre a experiência dos trabalhadores, entender a complexidade dessa experiência, compreender saberes e valores, operantes nas situações de trabalho, tendo em vista a sua transformação” (CUNHA, 2014, p.56).

Destes valores e saberes individuais destacam-se a formação, capacitação e qualificação profissional, a experiência do trabalho em saúde, o conhecimento das normas e das políticas de saúde e segurança do paciente, sua participação em comissões e equipes de trabalho, experiência na docência e formação multiprofissional, a capacidade de comunicação e diálogo, essenciais para a arbitragem, confronto destes saberes investidos resultado da história de cada um, com o saber constituído que corresponde ao saber acadêmico, formal, das normas. Para a ergologia,

[...] este tipo de saber, por mais importante e primordial que seja, não é capaz de sozinho explicar o que acontece no trabalho tal como ele é exercido na situação real. Ele apenas é suficiente para explicar o trabalho tal como é prescrito, antes de sua realização, mas não para explicá-lo em sua realização efetiva. (TRINQUET, 2010, p.100).

A dialética dos saberes conduziu a confrontação e aproximação, esse diálogo entre os profissionais da equipe de saúde foi a mola que impulsionou as mudanças planejadas sugeridas pelos NSP/COSEP e

consolidadas no Plano de Segurança do Paciente.

A comunicação das decisões, os treinamentos, as simulações, as campanhas e semanas de segurança do paciente, tudo foi planejado e realizado pela equipe multiprofissional, em contínuo debate das normas.

A expertise dos profissionais, seus saberes e seus valores, mediados pela dramática e confrontada pelo trabalho prescrito e real nas atividades inscritas na micro história quotidiana dos profissionais e das instituições, contribuíram para gerar aderência à Política Nacional de Saúde para a segurança do paciente, como norma, ressignificada, pelo trabalhador no uso de si por si para os membros da equipe e para os usuários do SUS, o principal sujeito desse processo.

Neste sentido, as micro escolhas dizem respeito ao uso de si que se manifestam nas práticas de trabalho, sobretudo, dos profissionais da saúde. Esse “si” se utiliza dele mesmo, e, se desenvolve em razão das interações que as relações sociais engendram na própria história dos trabalhadores, o uso de si pelos outros (SCHWARTZ, 2011).

São nessas micro escolhas, consequência do constante debate de normas e de valores, as dramáticas da atividade, que os trabalhadores desenvolvem os vínculos individuais e particulares de si mesmo até o mais amplo da sociedade (SCHWARTZ, 2000).

O corpo si é portador de possibilidades, de produção de vida em suas escolhas, entretanto “seus limites e suas necessidades devem ser considerados, ele poderá adoecer, e facilitar com seu enfraquecimento diminuição da atenção, da mobilização e produzir erros fatais para a saúde e segurança dos pacientes” (MUNIZ, 2008, p.33).

A compreensão sobre uso de si, também está relacionada com a ideia de uma imposição, que é contínua, de micro escolhas permanentes que determinam à dramática. Essa dramática do uso de si caracteriza-se pelo assumir as consequências das escolhas anteriormente feitas, tendo presente que essas escolhas envolvem riscos que possuem falhas ou podem desagradar (PORTO; BIANCO, 2015).

Uma *dramatique* é, portanto, o lugar de uma verdadeira micro-história, essencialmente inaparente na qual cada um se vê na obrigação de se escolher ou escolher orientar sua atividade de tal ou tal modo. Afirmar que a atividade de trabalho não é senão uma *dramatique* do uso de si significa ir de encontro à ideia de que o trabalho é, para a maioria dos trabalhadores, uma atividade simples de “execução”, que não envolve realmente sua pessoa. (SCHWARTZ, 1998, p.104).

Neste sentido, a equipe multiprofissional fez uma opção clara, foi imprescindível, fez uso de si, por si e pelos outros, debateu as normas, fez suas escolhas, assumiu as consequências nas dramáticas das atividades, desenvolveu vínculos individuais e coletivos, estava presente em todas as atividades, coordenou, organizou, orientou o que era melhor para a implantação da política nacional de segurança do paciente, em atitude permanente de escuta, atenta às demandas dos profissionais, da gestão e dos pacientes.

A confrontação das práticas e subjetividades dos trabalhadores com o planejamento e as estratégias implantadas pelos núcleos nos setores observados e registrados nas notas do diário de campo foi importante para revelar como as equipes lidam com as novas medidas.

Na perspectiva ergológica, todo o processo estrutural e organizacional implantado, denota uma clara aderência dos profissionais da saúde em sua atividade de trabalho relacionada às normas, mediada pela dialética, pelo debate e suas implicações para a melhoria do sistema de saúde.

O esforço e o compromisso das equipes dos núcleos, da gestão dos hospitais, do engajamento dos profissionais de saúde que exercem suas atividades assistenciais e dos docentes contribuíram para a consolidação do processo de implantação que ainda está em construção.

Esta afirmação se sustenta dialeticamente nos pressupostos das diferentes disciplinas, dos diferentes profissionais, dos saberes e valores oriundos da experiência e das exigências éticas epistemológicas (SHWARTZ, 2000; BRITO, 2004).

Competência e qualificação profissional são atribuições que toda equipe deve ter para refletir e debater sobre as atividades laborais e o seu impacto na organização de saúde.

Corroborando com a ideia da qualificação e competência profissional, estudiosos do trabalho em hospitais públicos afirmam que nas organizações hospitalares, o:

[...] núcleo operacional compõe-se de profissionais bem formados e treinados que detêm considerável controle sobre seu trabalho e gozam de relativa autonomia decorrente de seu saber especializado e da complexidade do trabalho. (LORENZETTI et al., 2014, p.1107).

Essa afirmação nos remete aos aspectos sociodemográficos dos participantes do nosso estudo ao constatar que as equipes dos

NSP/COSEP são compostas por profissionais qualificados, especialistas, mestres, doutores e pós-doutores, com vasta experiência no cuidado e gerenciam os setores de sua atuação.

Essa afirmação revela um importante avanço da equipe multiprofissional como protagonista dos processos implantados, mediados pelos saberes investidos e constituídos, corroborando com Lorenzetti et al., (2014, p.1107) ao afirmar que a “interdisciplinaridade poderia desempenhar papel fundamental no processo assistencial, e nas relações de poder”.

Todo trabalho realizado em ambiente hospitalar é multiprofissional, esse modelo centralizado descrito e confrontado na literatura está em processo de descentralização, os profissionais dos hospitais buscam a qualificação, a formação permanente, nas residências, nos mestrados que estão ocorrendo nos hospitais universitários, essa nova realidade não se configura como concorrência ou busca pelo poder do cuidado, mas uma clara evidência do compromisso e da corresponsabilidade da equipe em capacitar-se, qualificar-se, para melhorar e aprimorar o cuidado.

Estudo recente em hospitais públicos confirma que, todos os profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes devem estar capacitados e preparados, todas as etapas do cuidado dependem de informações corretas, de procedimentos fundamentados nas evidências, nos protocolos e qualquer equívoco compromete a segurança do paciente e a ação de toda equipe (PAIXÃO et al., 2018).

A “qualificação profissional é um dos aspectos positivos na formação dos profissionais que trabalham nos hospitais, existe o interesse, a busca pela especialização” (CRUZ, 2018, p. 8).

Pesquisadores defendem que a pós-graduação permite ao profissional consenso entre seu exercício e seu discurso, a qualificação também contribui para a mudança de atitude e da postura do profissional frente à assistência de qualidade, promove a responsabilidade com a instituição e com o paciente, a busca contínua de melhores condições para sua prática (FROTA, 2016).

Prestar assistência em saúde com segurança e qualidade, em uma organização hospitalar é um processo complexo, requer da equipe multidisciplinar objetivos e metas comuns. A organização deve dispor de sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias e atualização técnico-profissional (ONA, 2014).

O itinerário de implantação do programa nacional de segurança do paciente, conduzido pelos núcleos de segurança do paciente das

instituições investigadas, deve-se ao comprometimento e a responsabilidade da equipe multiprofissional, o seu engajamento e a sua determinação.

Nesse contexto, a ergologia conduziu o aprofundamento do conhecimento sobre o mundo do trabalho dos profissionais participantes do estudo, o seu comprometimento e a sua responsabilidade, a experiência dos trabalhadores entre o trabalho prescrito e o trabalho real, como produção, mobilização, organização e formalização do saber do trabalhador (OLIVEIRA, 2015), ao acompanhar as atividades por eles desenvolvidas.

Schwartz (2003) considera toda situação de trabalho como espaço de transgressão de normas produzidas pelos sujeitos no trabalho, espaço no qual cada sujeito vive um contínuo “uso de si por si mesmo” e um “uso de si pelo outro”.

Segurança do paciente é exatamente isso, o trabalhador e a equipe multiprofissional de saúde no uso de si por si e uso de si pelos outros em aderência.

Resistências e desafios: protocolos, notificações, tecnologia e pessoal, desaderências

A análise das atividades registradas e observadas, descritas pelos trabalhadores dos hospitais permitiu identificar inconformidades que denominamos de resistências e desafios decorrentes de processos organizacionais e assistenciais da área da saúde.

As resistências que emergiram da investigação estão relacionadas à aplicabilidade e utilização dos protocolos de segurança do paciente e as notificações dos eventos adversos, os desafios dizem respeito às tecnologias e pessoal.

Esses dados que resultaram da análise qualitativa codificada aparecem num percentual importante investigado que consideramos significativos no processo de codificação para a discussão com a literatura sobre a qualidade do serviço prestado com foco na segurança do paciente e os pressupostos ergológicos.

Os hospitais investigados implantaram todos os protocolos previstos no programa nacional de segurança do paciente, com ressalva ao protocolo de identificação do paciente em um hospital, que está em processo licitatório e o protocolo de transporte seguro dos pacientes que estava em estudo por uma comissão do núcleo com vistas à validação e sua aplicação.

O responsável pela implementação dos protocolos de segurança do paciente foi o núcleo de segurança do pacientes. Os hospitais

investigados tiveram o cuidado de preparar e treinar os profissionais para a utilização dos protocolos, entretanto, persistem resistências quanto a sua importância, utilização correta seguindo todas as etapas, descuidos, que precisam ser analisados conjuntamente para entender os motivos das resistências e decidir a melhor conduta (BRASIL, 2013; ANVISA, 2013).

Protocolos dizem respeito a processos que auxiliam a padronização do tratamento, minimizar o erro, e promover a segurança do paciente e o seu descumprimento é uma demonstração de falta de qualidade e segurança na assistência (OPAS, 2013).

Os protocolos de segurança do paciente são importantes na prevenção dos erros mais comuns e as suas subutilizações causam os eventos adversos com danos ao paciente. A sua implantação melhora os resultados do tratamento e a qualidade dos cuidados em geral, evitando danos mais graves (PAIXÃO et al., 2018).

Os hospitais investigados são referências no cuidado seguro e nas melhores práticas com profissionais treinados e qualificados. Serra (2016, p.5) investigou hospitais públicos que implantaram os protocolos de segurança do paciente e identificou que as resistências devem-se, sobretudo, a “profissionais não habilitados em segurança do paciente, o que dificulta a implantação e o monitoramento do uso dos protocolos e listas de verificação, mesmo tendo o NSP implantado”.

Ausência de protocolos e fragilidades em capacitações, educação permanente voltada para a segurança do paciente, ausência de *checklist* e fluxogramas de atendimento são fatores que interferem na qualidade do cuidado prestado pelas organizações hospitalares (SARTOR, 2016, p.3).

No âmbito das notificações dos eventos adversos, a prática de notificação é voluntária, eletrônica diretamente no Sistema VIGIHOSP e manual, em formulários impressos. As notificações manuais são recolhidas e encaminhadas ao NSP/Gerenciamento de risco para gerar estatística dos indicadores de qualidade e análise da causa raiz dos eventos.

Os hospitais investigados notificam, porém, ainda notificam pouco, registros das entrevistas e que emergiu com fortaleza no grupo focal.

Corona (2017, p.143) observou em hospital da rede EBSEH, por um período de 12 meses, que “o número de eventos adversos notificados no setor de anestesiologia apresentou 100% de respostas nenhum evento”.

Estudo de Figueiredo (2017, p.4) em hospitais públicos aponta

que em “três clínicas com mais notificações registradas num período de 6 meses, foram: UTI, com 31 (18%), Centro Cirúrgico, 27 (16%) e Pediatria, 24 (14%), foi observado também que 17 (10%) notificações não informaram o local de origem” onde ocorreram os eventos adversos.

A notificação em sistema eletrônico é mais vantajosa, aumentando em 58,7%, e 62% de aumento na qualidade dos relatos, com diminuição nas rasuras e maior participação dos profissionais, principalmente técnicos de enfermagem (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

A RDC 36/2013 prevê que eventos adversos sejam notificados até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA. Uma vez avaliado um incidente, este poderá ser classificado com evento adverso e, portanto, deverá cumprir o prazo previsto em legislação (ANVISA, 2013).

Os eventos adversos notificados pelo sistema eletrônico e impresso dos hospitais, são organizados em planilhas pelos núcleos, apresentados e analisados pelos membros nas reuniões ordinárias, geram dados estatísticos para estabelecer os indicadores de qualidade, o estudo da causa raiz e as estratégias para a correção das causas dos eventos.

Não basta apenas notificar, a investigação é essencial para a busca das causas que podem ter contribuído para a ocorrência do evento e posterior implementação de barreiras para evitar a recorrência de eventos semelhantes dentro do serviço de saúde (ANVISA, 2015).

A ausência de investigação impacta negativamente no andamento de qualquer sistema, a investigação das causas e sua interpretação, é entendida como uma oportunidade coletiva de aprendizagem organizacional (MOURA et al., 2017).

As equipes dos setores onde os eventos adversos ocorreram são informadas dos resultados das análises e passam por treinamentos e formação no próprio setor ou em reuniões de planejamento para o estabelecimento de medidas de segurança.

Os profissionais devem perceber que ocorreram benefícios com a notificação, no sentido de ter melhorias nas práticas e aprendizado para implantação de barreiras no processo de trabalho e a prevenção da ocorrência do mesmo incidente (SERRA, 2016).

Países com maiores experiências como Austrália, Canadá, Estados Unidos da América e o Reino Unido possuem sistemas avançados para a notificação de incidentes e eventos adversos com significativa redução de erros e aumento na qualidade do serviço ofertado (OPAS, 2013).

Entretanto, as subnotificações dos eventos adversos são situações reais que persistem nas práticas hospitalares, não ter nenhum incidente notificado, não significa que não ocorrem falhas humanas relacionadas aos cuidados em saúde, ao contrário revelam a falta de compromisso da equipe em promover um ambiente seguro e livre de danos.

Segundo Reason (2000) a cultura de notificação só prospera se os indivíduos que relatarem seus incidentes ou que tenham conhecimento perceberem a existência de *feedback* construtivo livre de culpa, no qual a análise do erro seja realizada na perspectiva da abordagem sistêmica.

Nos hospitais investigados os núcleos de segurança do paciente são os responsáveis por investigar e dar o *feedback* aos setores onde ocorrem os eventos adversos, esse processo ocorre após a análise da causa raiz. Neste sentido podemos fazer uma correlação com a ergologia onde o trabalhador que executa a atividade é convidado a renormatizar suas escolhas na perspectiva da aderência e desaderência pelos seu saber investido e constituído (SCHWARTZ, 2009).

Para a ergologia, em toda atividade, principalmente no trabalho, se coloca em prática um saber pessoal, o “saber investido” que é resultado da história singular de cada um, adquirido na experiência profissional, na família, nas relações sociais e culturais entre outras (OLIVEIRA, 2015).

A equipe multiprofissional dos trabalhadores dos hospitais é formada por enfermeiros e sua equipe, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, assistente social, constituindo um corpo de saberes investidos e constituídos na realização das melhores práticas do cuidado em pacientes hospitalizados.

O “saber investido” é um verdadeiro saber e deriva das questões práticas, é um saber em aderência na atividade, não está escrito nem formalizado, mas gravado no intelecto, no corpo e na alma (DURRIVE, SCHWARTZ, 2008).

O saber “constituído” corresponde ao saber acadêmico, formal ou simplesmente saber. Esse saber é formalizado nos cursos, nos livros, nas normas técnicas. Para a ergologia,

[...] este tipo de saber, por mais importante e primordial que seja, não é capaz de sozinho explicar o que acontece no trabalho tal como ele é exercido na situação real. Ele apenas é suficiente para explicar o trabalho tal como é prescrito, antes de sua realização, mas não para explicá-lo em sua realização efetiva. (TRINQUET, 2010, p.101).

É um saber desinvestido, significa que ele é construído fora da atividade. Ele é genérico e está em desaderência da atividade (OLIVEIRA, 2015).

“A atividade humana não pode ser outra coisa a não ser uma gestão sempre altamente problemática do que pode ser antecipado em desaderência” (SCHWARTZ, 2009, p.2).

Os principais desafios relacionados à tecnologia são quanto ao uso inadequado pelos profissionais, ao tipo de equipamento, treinamento da equipe, demora nos reparos das bombas de infusão, equipamentos danificados e as redes sociais. Entretanto, o desafio mais citado e que chamou a atenção na análise das citações, foi o prontuário eletrônico.

O prontuário eletrônico é descrito pela equipe como uma ferramenta extremamente necessária que deve ser implantada com urgência e prioridade. Os relatos falam da necessidade de se ter um prontuário completo, onde toda a equipe tenha acesso, e todos possam evoluir, registrar os procedimentos, os cuidados realizados, a terapia medicamentosa, a solicitação, a realização e os resultados dos exames, a sistematização da assistência ao paciente, que seja acessível a toda equipe, os dados inseridos e informados sejam validados, sejam armazenados para fins de pesquisa, estatística e que os pacientes tenham acesso e saibam quanto o hospital investiu no seu cuidado e na sua segurança.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) surge como um novo modelo de tratamento da informação em saúde, apresentando-se como instrumento auxiliar nas ações de atenção a população, independente do local em que o sujeito se encontre e do profissional que promova os cuidados (LOURENÇO; FERREIRA JÚNIOR, 2016).

O prontuário do paciente é formado por informações relacionadas por profissionais da área, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, entre outros, e representa a fonte alimentadora de dados para todos os sistemas e seus subsistemas (SOUZA; TOMAZELLI; VASCONCELOS, 2016).

O NSP/COSEP tem diante de si uma importante tarefa, mediar com a gestão uma estratégia para a implantação de um prontuário eletrônico que contemple as ferramentas e os acessos sugeridos pelos profissionais.

A Tecnologia da Informação e da Comunicação (TIC) influencia diretamente na qualidade de prestação de serviço hospitalar, sendo o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) hoje uma inovação estratégica para melhoria dos serviços prestados na área da saúde (OLIVEIRA, 2012).

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) surge como um novo modelo de tratamento da informação em saúde, apresentando-se como instrumento auxiliar nas ações de atenção a população, independente do local em que o sujeito se encontre e do profissional que promova os cuidados (LOURENÇO; FERREIRA JÚNIOR, 2016).

Os hospitais investigados utilizam várias tecnologias no cuidado dos pacientes, leves, leve-dura e dura. As leves dizem respeito às tecnologias das relações, a leve-dura aos saberes estruturados e a dura referente ao uso de equipamentos tecnológicos como máquinas e hardware (MERHY; CHAKKOUR, 2002).

Na área da saúde a tecnologia participa em todo o ciclo do atendimento ao paciente, da sua acolhida a alta hospitalar. Ela é conhecimento aplicado que permite a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças, e a reabilitação de suas consequências (VIANA, 2011).

Nos serviços de saúde as tecnologias têm uma função bem definida que é melhorar a qualidade dos serviços de saúde a fim de reduzir os danos ao paciente e favorecer a segurança no cuidado prestado, com melhora no desempenho dos profissionais que atuam nas instituições de saúde (SANTOS, 2016).

O Brasil têm a sua Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde cujo propósito é orientar os profissionais da área quanto à avaliação, incorporação, difusão e remoção de tecnologias nos serviços, de modo a garantir a utilização daquelas mais apropriadas (OLIVEIRA, 2012).

Os desafios com pessoal apontam que existe uma demanda altíssima por cuidados e serviços hospitalares pela população do entorno e região e reduzido quadro de pessoal para o atendimento. Dados que são fortemente mencionados pelos profissionais dos hospitais investigados.

Nos últimos anos foi realizado concurso público para a composição do quadro de funcionários, todavia, não foram preenchidas as vagas editadas.

Para a recomposição do quadro de pessoal dos hospitais, os investigados sugerem a ampliação do quantitativo de profissionais, a redução da sobrecarga de trabalho e a diminuição da carga horária semanal.

Essa é uma exigência constante dos profissionais da saúde, presente em diversos estudos que tratam do processo de trabalho, recursos humanos em saúde e da segurança do paciente (MELLO, 2011; NIE et al., 2014; CHAKRAVARTY, 2015). “O dimensionamento de

pessoal e a diminuição da carga horária de trabalho semanal representa um importante indicador, promove a qualidade do cuidado e a segurança do paciente” (MINUZZI, 2016, p.125).

Estudo realizado na Índia, com 175 médicos e 60 enfermeiros evidenciou queda 76% dos entrevistados, a sobrecarga de trabalho é uma importante justificativa para a ocorrência de EA, e que há necessidade de dimensionamento adequado dos profissionais que trabalham na assistência à saúde (CHAKRAVARTY, 2015).

As resistências e os desafios presentes no trabalho da equipe multiprofissional revelados na investigação compreendidos como desaderências, apontam as fragilidades e inconformidades que precisam de renormatizações e ressignificações, mediadas pelos saberes investidos e constituídos numa permanente dialética na história dos trabalhadores em saúde e dos NSP/COSEP, para a consolidação da promoção da qualidade do cuidado centrado na segurança do paciente.

A desaderência entendida como a “distância que o espírito humano é capaz de tomar em relação ao que acontece às circunstâncias nas quais ele se acha ancorado em um dado momento” (DURRIVE, 2011, p.53).

Os trabalhadores da saúde são portadores dos saberes investidos e constituídos, na perspectiva ergológica as resistências podem ser entendidas como desaderências aos processos organizacionais e assistenciais implantados.

Essa constatação possibilita a organização hospitalar rever os seus processos e reforçar suas barreiras de defesa, incentivar e apoiar todas as iniciativas, estratégias e mudanças promovidas pelos NSP/COSEP.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu concluir que os hospitais investigados aderiram às políticas de segurança do paciente promovidas pela Organização Mundial de Saúde, adaptadas ao Programa Nacional de Segurança do Paciente do Brasil, às Resoluções da Agência Nacional de Saúde que determinou a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, dos Planos de Segurança do Paciente e dos Protocolos de Segurança do Paciente.

As diretorias dos hospitais cumpriram com a determinação legal criando imediatamente após as publicações, os NSP/COSEP e a composição das equipes, favorecendo as condições e os meios

necessários para o funcionamento dos núcleos de segurança do paciente. Com essas ações diretivas a segurança do paciente passou a ser estimulada e desenvolvida em todos os níveis da organização, com os líderes dando direcionamento as ações de melhorias e qualidade do cuidado.

O estudo nas instituições de saúde investigadas sobre a implantação dos NSP com o olhar da ergologia identificou que as mudanças foram acontecendo à medida que as ações eram concretizadas pela equipe multiprofissional. As estratégias delineadas no plano de segurança do paciente, desenvolvidas gradualmente, num processo de discussão e planejamento no e com os setores específicos onde as ações foram implementadas.

Dentre as mudanças destacam-se: ampla discussão sobre o papel dos profissionais de saúde com a segurança do paciente, o que era o núcleo de segurança do paciente, suas atribuições dentro do organograma da instituição, ampliação da discussão sobre a implantação dos protocolos, do sistema de notificações dos eventos adversos e da cultura de segurança do paciente.

A equipe dos NSP/COSEP, que tem a sua composição multiprofissional dialogou e interagiu com os profissionais e com as equipes dos diversos setores com comprometimento e corresponsabilidade, discutindo as demandas, orientando, estimulando, avaliando as ações e foi essencial para que o plano de segurança fosse desenvolvido.

Convém salientar neste estudo que os núcleos foram criados há apenas quatro anos e desenvolveram até a data da coleta as seguintes ações: 28 registros documentados, todos os protocolos de segurança do paciente implantados e outros em estudo para implantação, valorização do sistema de notificações dos eventos adversos, manual e informatizado, difusão e ampliação continua da cultura e clima de segurança do paciente, implantação do sistema de monitoramento dos eventos adversos lesão por pressão, medicamentos, quedas dos leitos, cirurgia, falhas na identificação, higienização das mãos, infecções e seus indicadores, divulgação e investigação após o recebimento da notificação de incidente e treinamento aos envolvidos com os eventos.

É importante destacar que as resistências e os desafios, fazem parte dos processos de implantação de novos sistemas em serviços de saúde, que precisam de monitoramento e intervenções educacionais contínuas, concentradas nos pacientes e nos profissionais.

Por fim, as mudanças e as contribuições foram potencialmente geradas no trabalho prescrito e real, pela aderência à política de saúde

como renormatização, pelo trabalhador no uso de si para si e para os outros, para o usuário do SUS o principal sujeito desse processo.

O processo ainda está em construção e consolidação, potencialmente presente nas aderências e desaderências num esforço conjunto e compromisso das equipes dos núcleos, da gestão dos hospitais, do engajamento dos profissionais de saúde que exercem suas atividades assistenciais e dos docentes que muito contribuíram para a consolidação da implantação dos NSP/COSEP e a melhora da qualidade do cuidado.

A ergologia permitiu compreender como as mudanças foram tecidas no contexto da implantação dos núcleos, das normas brasileiras implementadas pelos planos de segurança do paciente, assumidos pelas equipes dos núcleos e pelas equipes nos diversos setores do hospital onde a atividade acontece no dia-a-dia, na micro história de cada trabalhador, nas dramáticas e nos confrontos com a realidade para a consolidação das melhores práticas em segurança do paciente e em constante busca por aderências e com os desafios das desaderências.

REFERÊNCIAS

ANTONOFF, M. B. et al. Who's covering our loved ones: surprising barriers in the sign-out process. **Am. J. Surg.** v. 205, n. 1, p. 77-84, Jan. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51-e03243>>. Acesso em: 02 Out. 2018.

ATHAYDE, M.; BRITO, J. Ergologia e clínica do trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (Org.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. 258-281 p.

ATLAS.TI. ATLAS.ti Scientific Software Development Gmb H. Qualitative Data Analysis. Version 7.5.10. Berlin, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0350017.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2018.

BERTO, A. M. et al. Acreditação hospitalar: uma complementaridade proveitosa para a gestão da produção". **Sistemas & Gestão**, v. 12, n. 4, p. 447-461. Disponível em: <<http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/view/1155>>. Acesso em: 30 Set. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

_____. **Protocolos básicos de segurança do paciente (ANVISA)**. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 20 Jul. 2018.

_____. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <www20.anvisa.gov.br>. Acesso em: 01 set. 2018.

_____. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Anvisa, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos.pdf>>. Acesso em 15 de Ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, nº 12, 2013, Seção 1, p. 59. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2018.

_____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 02 abr. 2013, Seção 1, n. 62, p. 43. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 10 Set. 2018.

_____. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: MS, 2014. 40 p. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

BRITO, J.; ARANHA, A. V. S. A construção metodológica na pesquisa sobre atividade de trabalho a partir da abordagem ergológica. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 85-101, jan./abr. 2011. Disponível em: <www.portal.fae.ufmg.br>. Acesso em: 08 Set. 2018.

BRITO, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Org.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. 91-114 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Acesso> em 10 de Set. 2018.

CAMPOS, A. C. B.; ROSEMBRG, D. S. A ergologia como aporte teórico metodológico para análise coletiva do trabalho do bibliotecário. **Inf. Soc.: Est.** João Pessoa/PB, v. 27, n. 2, p. 7-17, maio/ago. 2017. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/viewFile/30935/pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E. R.; CASSIANI, S. H. B. D. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 164-172, 2013. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/26538/24527>>. Acesso em: 19 Ago. 2018.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf>>. Acesso em: 13 Set. 2018.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Prevalência de interações medicamentosas em unidades de terapia intensiva no Brasil. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 150-157, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a08.pdf>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

CARVALHO, P. A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, Nov./Dez. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf>. Acesso em: 15 Set. 2018.

CHAKRAVARTY, B. A. A survey of attitude of frontline clinicians and nurses towards adverse events. **Med. J. Armed. Forces India**, v. 69, n. 4, p. 335-340, Oct. 2013. Disponível em: <[http://www.mjafi.net/article/S0377-1237\(13\)00013-0/fulltext](http://www.mjafi.net/article/S0377-1237(13)00013-0/fulltext)>. Acesso em: 10 set. 2018.

CRESWELL, J. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre as cinco abordagens**; trad. Sandra Mallmamnn da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. 341 p.

CRUZ, D. E. A. et al. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 23, n. 1, e50717, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50717/pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

CUNHA, D. M. Ergologia e psicossociologia do trabalho: desconforto intelectual, interseções conceituais e trabalho em comum. **Cad. Psicol. Social Trab.**, São Paulo, v. 17, Spe. 1, p. 55-64, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/80632/84285>>. Acesso em: 29 set. 2018.

DEL CORONA, A. R. P. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul**. 2017. 224 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-27042018>>. Acesso em: 5 de out. 2018.

DURRIVE, L.; JACQUES, A. M. O formador ergológico ou "Ergoformador": uma introdução à ergoformação. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. p. 295-307.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 47-67, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/03.pdf>>. Acesso em:

7 Set. 2018.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Revisões temáticas: glossário da Ergologia. **Laboreal**, v. 4, n. 1, p. 23-28, 2008.

FIGUEIREDO, M. L. et al. Analysis of incidents notified in a general hospital. **Rev. Bras. Enferm.** [online], Brasília, v. 71, n.1, p. 111-119, Jan./Feb. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>>. Acesso em: 12 Set. 2018.

FRANÇOLIN, M. et al., Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

FRIESE, S. **Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti**. 2. ed. London: Sage, 2014.

FROTA, M. A.; ROLIM, K. M. C. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem – Debatedor 1. **Enferm. Foco**. Brasília/DF, v. 7, n. Esp., p. 15-34, 2016. Disponível: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/issue/view/21>>. Acesso em: 10 out. 2018.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, Jun., 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 13 Set. 2018.

GIMENES, F. R. E. **A segurança de medicamentos na administração de medicamentos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital geral do interior paulista: abordagem restaurativa**. 2011, 231p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 15 Out. 2018.

HILLIN, E.; HICKS, R. W. Medication errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses. **Crit. Care Nurs. Clin. North Am.**, v. 22, n. 2, p. 191-196, Jun. 2010. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20541067>>. Acesso em: 26 set. 2018.

HOLZ, E. B.; BIANCO, M. F. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. **Cad. EBAP.BR**, Rio de Janeiro, v. 12, Edição Especial, artigo 6, Ago. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org>>. Acesso em: 30 set. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on Quality on Healthcare in America, Institute of Medicine. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century**. Washington, DC: The National Academics Press, 2001. Disponível em: <<https://www.nationalacademies.org>>. Acesso em: 19 Out. 2018.

_____. **Preventing medication errors**. Washington, DC: The National Academics Press, 2007. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar>> Acesso em: 19 Out. 2018.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed, Florianópolis: UFSC/ Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LORENZETTI, J. et al. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto Contexto Enferm. [online]**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-1112, Out.-Dez. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/714/71433508034>>. Acesso em: 12 Out. 2018.

LOURENÇO, L. G., FERREIRA JÚNIOR, C. J. Implantação do prontuário eletrônico do paciente no Brasil. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 44-52, 2016. Disponível em: <<https://singep.org.br/6singep/resultado/112.pdf>>. Acesso em: 15 Set. 2018.

MACHADO, O. E. **Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: ambiente das práticas profissionais de Enfermagem na Saúde do Adulto**. 2015. 259f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2002. p. 113-150. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_12.pdf>. Acesso em: 10 Set. 2018.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: recomendações de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, Out-Dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>> Acesso em: 30 Ago. 2018.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int. J. Qual. Health Care.** v. 21, n. 4, p. 279-84, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 18 Out. 2018.

_____. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras. [Online]**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, Sept./Oct. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 25 Out. 2018.

_____. Taxonomia em segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro, EaD/ENSP, 2014. p. 57-71. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 10 de Ago. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

MINUZZI, A.P. et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 121-129, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em 12 de Julho 2018.

MONZANI, A. A. et al. A dificuldade dos enfermeiros frente aos relatos de incidentes. **Nursing**. v. 99, n. 8, p. 958-960, 2006. Disponível em:

<<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/22730/2222>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

MOURA, M. M. N. et al. A implantação de um sistema de prontuário eletrônico em um hospital no Estado de São Paulo e sua contribuição para a segurança do paciente. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE GESTÃO DE PROJETOS, INOVAÇÃO E SUSTENTABILIDADE, VI (VI SINGEP); ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ESTRATÉGIA V (V ELBE), São Paulo/SP, 13 e 14/11/2017. **Anais...**, São Paulo/SP, 2017. Disponível em: <<https://singep.org.br/6singep>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

MUNIZ, H. P. Gestão e uso de si na atividade de profissionais de enfermagem em um hospital universitário no Rio de Janeiro. **Ergologia**, Rio de Janeiro, n. 0, p. 23-38, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.ergologia.org/uploads/1/1/4/6/11469955/0._muniz.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2018.

NIE, Y. et al. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC Health Serv. Res.** v. 24, n. 13, art. 228, Jun. 2013. Disponível em: <<https://Bmchealthservres.Biomedcentral.Com/Track/Pdf/10.1186/1472-6963-13-228>>. Acesso em: 12 Out. 2018.

OLIVEIRA, J. F. Gestão de Tecnologias da Informação e da Comunicação na Saúde: uma análise sobre o uso do prontuário eletrônico. **Interface**, Natal, v. 9, n. 1, p. 6-25, 2012. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/13366/gestao-de-tecnologias-da-informacao-e-da-comunicação>>. Acesso em: 6 Set. 2018.

OLIVEIRA, M. C. R.; FRANZOI, N. L. Educação profissional, trabalho e produção de saberes **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 23, n. 3, p. 315-337, Set./Dez. 2015. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/index>>. Acesso em: 5 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**: organizações prestadoras de serviços de saúde. Brasília: ONA. ISQUA; 2014. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/20/A-ONA>>. Acesso em: 3 Set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Aliança Mundial para a Segurança do Paciente [Internet], 2004 Disponível em: <<http://www.paho.org/bra>>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

PAIXÃO, D. P. S. S. et al. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, Suppl. 1, p. 577-584, 2018. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>>. Acesso em: 13 set. 2018.

PETERLINI, F. L.; SAES, A. C. Culpa: cultura de não punição e accountability na assistência à saúde. In: FONSECA, A; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. (Org.). **Segurança do Paciente**. São Paulo (SP): Martinari, 2014. p. 31-44.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 172p.

PORTO, T. A.; BIANCO, M. F. Produção Científica sobre os “Usos do Corpo-si”: uma contribuição analítica com foco na Ergologia. **Farol: Rev. Est. Org. Soc.**, v. 2, n. 5, p. 1101-1136, 2015. Disponível em: <<https://ergologie.hypotheses.org/459>>. Acesso em: 5 Set. 2018.

REASON, J. T. Human error: models and management. **West J. Med.** v. 172, n. 6, p. 393-396, Jun. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acesso em: 29 Out. 2018.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

ROSSANEIS, M. A. et al. Indicadores de qualidade da assistência: opinião de enfermeiros gerentes de hospitais de ensino. **Cogitare Enferm.**, Paraná, PR, v. 20, n. 4, p.798-804, 2015. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41734>>. Acesso em: 20 set. 2018.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, p. 18-26, 2009. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content>>. Acesso em: 30 de Set. 2018.

SANTOS, Z. M. S. A. **Tecnologias em saúde**: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado. Fortaleza: EdUECE, 2016. Disponível em: <<http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Ebook>>. Acesso em: 5 out. 2018.

SARTOR, G. D.; SILVA, B. F.; MASIERO, A. V. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. **Cogitare Enferm**. Paraná, v. 21, n. Esp, p. 01-08, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45644>>. Acesso em: 3 out. 2018.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade**. 2006. 232f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

_____. et al. Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de hospitais universitários na Argélia, Brasil e França. **Ciênc. Saúde Colet.** [online]. Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2265-2276, Jul. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702265&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Set. 2018.

_____; PIRES, E. P.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, Ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 Out. 2018.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-140, dez. 1998. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73301998000400004>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

_____. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho e Educação**. Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul./dez 2000.

_____. Disciplina epistêmica, disciplina ergológica - paidéia e políteia. **Pro-Posições**, (Unicamp), v. 13, n. 1, p. 126-149, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.proposicoes.fe.unicamp.br>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

_____. Produzir saberes entre aderência e desaderência. **Rev. Educ. Unisinos**. v. 13, n. 3, p. 264-273 set./dez. 2009. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/view/4959>>. Acessado em: 2 out. 2018.

_____. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro/RJ, v. 9, Supl. 1, p. 19-45, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1981-77462011000400002>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

_____; DUC, M.; DURRIVE, L. A linguagem em trabalho. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. p. 131-148.

_____; DURRIVE, L. **Travail et ergologie: entretiens sur l'activité humaine**. Toulouse: Octarès Éditions, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 05 Set. 2018.

_____; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: EdUFF, 2010.

SERRA, J. N.; BARBIERI, A. R.; CHEADE, M. F. M. Situação dos hospitais de referência para implantação/ funcionamento do núcleo de segurança do paciente. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v. 21, n. Esp., p. 01-09, 2016. Disponível em: <<https://Revistas.Ufpr.Br/Cogitare/Article/View/45925>>. Acesso em: 4 Set. 2018.

SILVA, J. A.; SANTOS, C. M. A atividade de trabalho sob a perspectiva ergológica de Yves Schwartz. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, XX – XX SEMEAD, São Paulo, 08 a 10 de novembro 2017. **Anais**, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://login.semead.com.br/20semead/arquivos/143.pdf>>. Acesso em: 16 Set. 2018.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. spe, e68271, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500413&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 Jul. 2018.

SORATTO, J. **Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da estratégia de saúde da família**. 2016. 241f. Tese (Doutorado) – Program de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, 2016. Disponível em: <<http://tede.ufsc.br/teses/PNFR0940-T>>. Acesso em: 11 Set. 2018.

SOUZA, M. C.; TOMAZELLI, R.; VASCONCELOS, C. R. M. Prontuário eletrônico: um determinante no gerenciamento de cliente/paciente em um sistema de informação hospitalar. **Rev. Espacios**. São Paulo, v. 37, n. 14, [17 p.], 2016. Disponível em: <<http://www.revistaespacios.com/a16v37n14/16371423>>. Acesso em: 10 set. 2018.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, EaD/ENSP, 2014. p. 39- 56. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br>>. Acesso em: 30 Out. 2018.

TRINQUET, P. Trabalho e Educação: o método ergológico. **Rev. HISTEDBR**, Campinas, v. 10, n. Esp., p. 93-113, ago. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf>. Acesso em: 07 Set. 2018.

TURATO, E. R. Métodos quantitativos e qualitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

VALENTIN, A. et al. Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. **Intensive Care Med.** New York, v. 32, n. 10, p. 1591-1598, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 15 de Out. 2018.

VIANA, A. L. D. et al. Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e de investigação. **Lua Nova.** São Paulo, v. 83, p. 41-77, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos>>. Acesso em: 14 Set. 2018.

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Lancet**, p. 90-102, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 15 Set. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition. World Health Organization, 2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

5.3 MANUSCRITO III - ESTRATÉGIAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS À LUZ DA ERGOLOGIA

ESTRATÉGIAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS À LUZ DA ERGOLOGIA

PATIENT SAFETY STRATEGIES IN UNIVERSITY HOSPITALS IN THE LIGHT OF ERGOLOGY

ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALES UNIVERSITARIOS A LA LUZ DE LA ERGOLOGÍA

Manoel Luiz Neto³
Francine Lima Gelbcke⁴

RESUMO: Identificar as estratégias de segurança do paciente implementadas pelos NSP/COSEP na percepção da equipe multiprofissional dos HUs. Estudo de natureza qualitativa com delineamento exploratório-descritivo em dois hospitais universitários brasileiros. A coleta dos dados deu-se através de entrevistas com a equipe multiprofissional, observação, análise dos documentos, grupo focal, analisados pelos pressupostos ergológicos e com o recurso do *software* Atlas.ti. 7.5.1.0. Os resultados emergiram de 41 entrevistas, 102 horas observadas, 55 documentos analisados e 12 horas de grupo focal. A análise indicou três categorias: a) A cultura de segurança do paciente como estratégia transformadora nos HUs; b) Os protocolos de segurança do paciente como estratégia de prevenção do cuidado nos HUs e c) Indicadores de segurança como estratégia do NSP para o controle e a redução dos eventos adversos. Evidenciou-se que a cultura

³ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa PRÁXIS. Mestre em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo (USP), Docente da Universidade do Estado do Amazonas, (AM), Brasil. E-mail: manoel.luiz@posgrad.ufsc.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – modalidade profissional da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa PRÁXIS (Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem). Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: francine.lima@ufsc.br.

de segurança transformou o ambiente de cuidado com uso de si e por si, os profissionais definem cultura de segurança a partir da prática, apontam as modificações que a cultura pode promover nos indivíduos, transforma as relações interpessoais da equipe multiprofissional, transforma a comunicação com os pacientes e seus familiares, transforma o ambiente de trabalho, ressignifica as práticas do cuidado, promove as notificações dos incidentes e eventos adversos, promove a pesquisa e novos processos formativos à equipe de saúde. Apesar das transformações efetivadas a partir das estratégias adotadas, a cultura de segurança ainda é frágil, necessitando de postura e atitude comprometida de todos. Infere-se que a implantação da cultura de segurança do paciente é a principal estratégia para que o processo de implantação de novas práticas assistenciais para a melhoria do cuidado seja assumida plenamente por todos os profissionais envolvidos no cuidado, compreendendo as dramáticas do uso de si por si e pelos outros.

Descritores: Núcleo de Segurança do Paciente, Cultura de Segurança do Paciente, Protocolos de Segurança do Paciente, Equipe Multiprofissional, Hospitais Universitários e Ergologia.

ABSTRACT: To identify the patient safety strategies implemented by the NSP / COSEP, in the perception of the multiprofessional team of HUs. A qualitative study with an exploratory-descriptive design in two Brazilian university hospitals. The data were collected through interviews with the multiprofessional team, observation, document analysis, focus group, analyzed by the ergological assumptions and the Atlas.ti software resource. 7.5.1.0. The results emerged from 41 interviews, 102 hours observed, 55 documents analyzed and 12 hours of focus group. The analysis with the triangulation of data indicated as main category the strategies implemented by the safety nuclei and three analytical categories: a) The culture of patient safety as a transforming strategy in HUs; b) Patient safety protocols as a prevention strategy of care in HUs and c) Safety indicators as NSP strategy for the control and reduction of adverse events. It was evidenced that the safety culture has transformed the care environment with self-use and by itself, professionals define safety culture from practice, point to the modifications that culture can promote in individuals, transform the interpersonal relationships of the multiprofessional team, transforms communication with patients and their families, transforms the work

environment, resigns the practices of care, promotes the notifications of incidents and adverse events, promotes research and new training processes to the health team, but is still felt as fragile, needs a posture and compromised attitude of all. It is inferred that the implantation of the patient's safety culture is the main strategy so that the whole process of implantation of new care practices for the improvement of the care is assumed fully by all the professionals involved in the care including the dramatic ones of the use of it by themselves and others.

Descriptors: Patient Safety Care, Patient Safety Culture, Patient Safety Protocols, Multiprofessional Team, University Hospitals and Ergology.

RESUMEN: Identificar las estrategias de seguridad del paciente implementadas por los NSP / COSEP, en la percepción del equipo multiprofesional de los HUs. Estudio de naturaleza cualitativa con delineamiento exploratorio-descriptivo en dos hospitales universitarios brasileños. La recolección de los datos se dio a través de entrevistas con el equipo multiprofesional, observación, análisis de los documentos, grupo focal, analizados por los presupuestos ergológicos y con el recurso del software Atlas.ti. 7.5.1.0. Los resultados surgieron de 41 entrevistas, 102 horas observadas, 55 documentos analizados y 12 horas de grupo focal. El análisis con la triangulación de los datos indicó como categoría principal las estrategias implementadas por los núcleos de seguridad y tres categorías analíticas: a) La cultura de seguridad del paciente como estrategia transformadora en los HUs; b) Los protocolos de seguridad del paciente como estrategia de prevención del cuidado en los HUs y c) Indicadores de seguridad como estrategia del NSP para el control y la reducción de los eventos adversos. Se evidenció que la cultura de seguridad transformó el ambiente de cuidado con el uso de sí y por sí, los profesionales definen cultura de seguridad a partir de la práctica, apuntan a las modificaciones que la cultura puede promover en los individuos, transforma las relaciones interpersonales del equipo multiprofesional, transforma la comunicación con los pacientes y sus familiares, transforma el ambiente de trabajo, resignifica las prácticas del cuidado, promueve las notificaciones de los incidentes y eventos adversos, promueve la investigación y nuevos procesos formativos al equipo de salud, todavía se siente como frágil, necesita de postura y actitud comprometida de todos. Se infiere que la implantación de la cultura de seguridad del paciente es la principal estrategia para que todo al proceso de implantación de nuevas prácticas asistenciales para la

mejora del cuidado sean asumidas plenamente por todos los profesionales involucrados en el cuidado comprendiendo las dramáticas del uso de sí por sí y los demás.

Descriptorios: Núcleo de Seguridad del Paciente, Cultura de Seguridad del Paciente, Protocolos de Seguridad del Paciente, Equipo Multiprofesional, Hospitales Universitarios y Ergología.

INTRODUÇÃO

As iniciativas para a promoção da segurança do paciente e da qualidade na assistência à saúde são crescentes no contexto global. Como consequência, a meta de qualidade nos diversos serviços oferecidos à sociedade implica a otimização dos resultados pela implantação dos programas e das políticas públicas de saúde priorizadas e disseminadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), pela Organização Panamericana de saúde (OPAS, 2017) pelos países membros e as instituições que investigam e promovem a segurança do paciente.

A OPAS/OMS tem trabalhado com o Brasil, por meio de termos de cooperação firmados com o Ministério da Saúde brasileiro e com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), para qualificar a assistência prestada no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos diversos serviços de saúde do país; promover a segurança dos pacientes; bem como estimular o uso racional de medicamentos e outras tecnologias sanitárias nos hospitais do país (OPAS, 2017).

Os hospitais do nosso estudo assumiram a política pública de saúde implantando os Núcleos de Segurança do Paciente, desenvolveram as estratégias de acordo com os Planos de Segurança do Paciente elaborados e adotaram como objetivos de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, Promover da Cultura de Segurança do Paciente, incorporar as seis metas da Organização Mundial da Saúde traduzidas nos 6 Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias 1377/2013 e 2095/2013e acompanhar os indicadores de qualidade do serviço (ANVISA, 2013; EBSEH, 2017).

Os hospitais investigados seguem também as Diretrizes para monitoramento, vigilância epidemiológica e avaliação em segurança do paciente, da rede de hospitais da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), a qual são vinculados (EBSEH, 2016; 2017).

Os NSP/COSEP foram criados para promover e apoiar a

implementação de ações voltadas à segurança do paciente que tem como objetivo a melhoria contínua dos processos de cuidado e uso de tecnologias da saúde, disseminação da cultura de segurança, promover mecanismos para identificação e avaliação da existência de não conformidade nos processos e procedimentos realizados, equipamentos, medicamentos e insumos (BRASIL, 2013).

Os núcleos envolveram todos os profissionais de saúde para a implantação e apropriação das novas estratégias introduzidas no cuidado, para garantir que todas as etapas do processo fossem cumpridas e falhas evitadas. “É fundamental à organização, no âmbito da gestão, o comprometimento com o processo de avaliação, a gestão da qualidade e a segurança do paciente” (SIMAN, 2016, p.16).

No âmbito da estratégia da cultura de segurança do paciente, essa iniciativa só é possível se as organizações de saúde adotarem medidas em que os profissionais tenham uma percepção ativa da ocorrência dos erros e incidentes no ambiente de saúde e, sobretudo, uma cultura que os estimulem a falar abertamente sobre os erros, especialmente porque reforça a confiança da organização em seus funcionários (MACEDO *et al.*, 2016).

Outra estratégia simples e efetiva que pode prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços é a utilização correta de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente da equipe multiprofissional responsável pelo serviço (BRASIL, 2016).

Neste sentido o nosso estudo torna-se relevante para evidenciar se os profissionais colocam a segurança em primeiro plano, a cultura, os protocolos e as notificações dos incidentes são assumidos e todos se comprometem em notificar, visando a identificação dos indicadores de segurança do paciente.

Gouvêa e Travassos (2010) acreditam que a inclusão de indicadores de segurança nos programas de monitoramento da qualidade representa uma importante estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do paciente hospitalizado.

A constatação de que no Brasil não havia nenhum estudo sobre indicadores de qualidade em saúde impulsionou as investigações sobre o desenvolvimento de indicadores de segurança para monitoramento do cuidado em hospitais brasileiros. Incentivar a cultura de avaliação e monitoramento da qualidade e segurança do paciente através de indicadores é fundamental para a promoção de cuidados com qualidade e segurança (TRAVASSOS *et al.*, 2015).

Os autores afirmam que o monitoramento através de indicadores

é etapa fundamental no processo de melhoria da qualidade do cuidado em saúde, mas essa prática ainda está insuficientemente incorporada em nossos serviços e é pouco reconhecida por gestores e profissionais de saúde (TRAVASSOS *et al.*, 2015).

O estudo propôs-se a refletir sobre a implantação dos NSP em HUs com ênfase na dimensão do trabalho dos profissionais da saúde, à luz do referencial teórico da Ergologia, com abordagem nas dramáticas do uso de si por si e pelos outros, com análises descritivas das situações de trabalho. Analisar esse cenário constituído pelas dramáticas do uso de si nas atividades dos trabalhadores da saúde e sobre as ações por eles realizadas é o objeto da ergologia (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; SCHWARTZ, 2011).

Ergologia é a aprendizagem permanente dos debates de normas e de valores que renovam indefinidamente a atividade: é o desconforto intelectual presente nas atividades dos profissionais da saúde, quando o paciente interpela, quando os membros da equipe estão inseguros com novos procedimentos ou insatisfeitos com as normas a serem cumpridas, situações do ambiente da saúde que não pode nunca deixar-nos confortavelmente instalados em interpretações estabilizadas dos processos e dos valores em jogo numa situação (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010; ATHAYDE; BRITO, 2011, p.258).

A elaboração conceitual ergológica, de Schwartz (2002, p.126), fez-se necessária tendo em vista que,

[...] toda atividade humana, localmente reprodutora de história, vive e encontra suas ferramentas num universo de conceitos que só se tornam eficientes ao neutralizar a história. De modo inverso, a implementação dessa disciplina epistêmica se opera no tecido histórico da cultura humana. Portanto, ela é, enquanto implementação, um processo ergológico. Desse modo, na Ergologia, [...] “o conceito é um instrumento para pensar; ele permite recortar, definir, generalizar, abstrair-se do presente”, porém, “forma com a vida uma unidade dialética”.

O estudo definiu como objetivo identificar as estratégias de segurança do paciente implementadas pelo NSP/COSEP, na percepção da equipe multiprofissional dos HUs.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de cunho qualitativo, realizado em dois Hospitais Universitários Federais Brasileiros que implantaram o NSP: o Hospital Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas - HUGV/UFAM, situado na Região Norte, e o Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC, na Região Sul.

A amostra foi intencional, não probabilística, composta pelos subgrupos dos profissionais que atuam nos NSP/COSEP, nas CCIHs, nas clínicas médica, cirúrgica e unidade de terapia intensiva, dos dois hospitais estudados. A amostragem intencional ou não probabilística exige a escolha de um subgrupo considerado representativo de toda a população (GIL, 2010).

Foram empregados os seguintes critérios de inclusão para a seleção da amostra: profissionais concursados lotados no hospital; que participaram assiduamente das reuniões dos NSP e das CCIH; que tivessem mais de três anos atuantes na instituição; que participaram dos processos de formação e treinamento para a implantação dos NSP; que aceitassem participar do estudo de forma voluntária, após apresentação pelo pesquisador, do método de investigação, dos objetivos da pesquisa, dos riscos e benefícios decorrentes da participação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (BRASIL, 2012).

Estudiosos que trabalham com pesquisas qualitativas, defendem que para a garantia da credibilidade das amostras não probabilísticas, é necessário um rigoroso cuidado, com a definição de critérios de inclusão e exclusão prévios que sustentem e garantam o cumprimento dos objetivos da pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; FONTANELA et al., 2011).

Os critérios de exclusão foram: profissionais concursados em estágio probatório inferior a dois anos; profissionais em período de férias e de licença médica; profissionais declarados indígenas.

A amostra inicial correspondeu a 49 participantes escolhidos e definidos nos critérios estabelecidos, entretanto 9 desistiram do estudo por não comparecimento e desistência do estudo, quarenta e um 41 fizeram parte da amostra final do estudo e responderam o instrumento de coleta de dados.

Para proceder à coleta dos dados, inicialmente o projeto foi apresentado aos núcleos de segurança dos hospitais participantes, e individualmente para cada participante de acordo com sua disponibilidade na unidade. O encontro com o participante foi precedido

de leitura criteriosa e explicativa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a anuência do mesmo.

Os participantes do estudo foram identificados pelas siglas “EM” que significa entrevista com participante do hospital de Manaus e “EF” entrevista com participante do hospital de Florianópolis. A letra “M” refere-se ao hospital de Manaus e a letra “F” ao hospital de Florianópolis, assim EF1 é o código de identificação do participante 1 da entrevista realizada no hospital de Florianópolis.

A coleta dos dados ocorreu no período de setembro a dezembro de 2017, após a emissão do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa CEP com o CAAE: 68954517.3.0000.0121 e conduzido de acordo com as Diretrizes e Normas da Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, dispostas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS).

Os instrumentos para a coleta de dados foram desenhados de acordo com os objetivos do estudo: 1) Roteiro para Análise dos registros do NSP e das normas operacionais vigentes, 2) um roteiro semiestruturado para entrevista, que foi registrada com o auxílio de um gravador de áudio; 3) Um roteiro para Observação Participante com um diário de campo (notas de campo) com roteiro orientador para a observação dos participantes da pesquisa; 4) Roteiro para o Grupo Focal com os membros do NSP, utilizado após as coletas.

Os dados foram coletados em três momentos: o primeiro consistiu da análise dos documentos dos núcleos de segurança, procedeu-se a identificação, o registro dos documentos impressos e digitais e a catalogação dos documentos encontrados.

O segundo foi à realização das entrevistas, após agendamento com os participantes do estudo, seguindo um roteiro previamente estabelecido com perguntas abertas e fechadas. O objetivo da entrevista foi permitir que os profissionais pudessem expressar as suas percepções sobre as mudanças ocorridas, e captar o sentido e a importância dos novos processos implantados para a melhoria das condições do cuidado com a implantação do NSP.

O terceiro momento foi a observação, registrada no diário de campo. A observação dos trabalhadores ocorreu nas clínicas médica, cirúrgica e unidade de terapia intensiva, por um período de um mês, durante seis horas diárias intercaladas, fazendo-se o acompanhamento *in loco* nos turnos matutino, vespertino e noturno.

Os diários de campo ou protocolo de campo como consideram (CRESWELL, 2014, p. 134; POLIT; BECK, 2011, p.390) consistem no

registro de notas descritivas, reflexivas, metodológicas e/ou pessoais. Essas notas registradas representam os esforços do observador para registrar as informações, sintetizar e compreender os dados.

O pesquisador observou: a estrutura, as condições físicas do local, materiais equipamentos e tecnologias para a prestação da assistência em saúde; o trabalho da equipe multiprofissional: as atividades assistenciais realizadas nos setores observados, incluindo como o trabalho era realizado, a postura da equipe, o interesse, o prazer em realizá-lo; as relações interpessoais entre os profissionais, e destes com os usuários, profissionais com os gestores, as intercorrências, acontecimentos de origens diversas, ruídos, conversas paralelas, redes sociais e mídias, ações imprevisíveis que interferiram na segurança dos pacientes, clima de descontentamento, irritação ou desinteresse pelo trabalho.

A organização dos dados coletados seguiu as seguintes etapas (CRESWELL, 2014 p.148): a transcrição das entrevistas, digitalizadas no formato Word Microsoft Office 2010; a classificação e organização dos dados da observação e das notas de campo; leituras e marcação dos fragmentos; leitura integral de todos os dados para compreender o sentido geral das informações, refletir sobre os achados, identificar as principais ideias dos participantes como os dados se apresentavam, sua profundidade, credibilidade e coerência.

Os dados obtidos com a análise dos documentos, das entrevistas e da observação foram analisados e organizados em pré-categorias, e submetidos à validação no encontro com o Grupo Focal, durante reunião ordinária dos NSP/COSEP.

O grupo focal do estudo teve como objetivo discutir e analisar os temas mais relevantes identificados pelo pesquisador, para a validação, mediante decisão consensual amplamente discutida pelo grupo, para posterior análise, confrontação e aprofundamento das categorias e subcategorias definidas.

Os dados foram depositados no software Atlas.ti.7.5.1.0 (*Qualitative Research and Solutions*), utilizado em estudos qualitativos na área da saúde brasileira, para o armazenamento, codificação e integração de dados (FRIESE, 2014; ATLAS.TI, 2015). Os dados inseridos foram extraídos da análise dos documentos, da observação participante e das entrevistas.

A análise qualitativa consiste em organizar sistematicamente os dados, extrair os significados e os sentidos dos dados observados, fazer perguntas e construir uma análise (CRESWELL, 2014).

A análise do estudo consistiu em três fases: A primeira, a fase

denominada de Pré-análise consiste na criação e salvamento da unidade hermenêutica e inserção dos documentos primários selecionados; A segunda, a fase da exploração do material com a seleção dos fragmentos, a criação dos códigos, o agrupamento em famílias e a criação das famílias; e a terceira fase, a interpretativa, onde ocorre à articulação entre as citações selecionadas dos documentos primários, os códigos, as famílias e *memos*, sob a orientação do objetivo e do referencial teórico (SORATTO, 2016, p.66-67; FRIESE, 2014; ATLAS.TI, 2015).

As categorias analíticas do estudo emergiram da triangulação dos dados confrontados que tratavam especificamente sobre os temas.

Os resultados do estudo estão apresentados na forma descritiva, com figuras, tabelas, fragmentos das entrevistas e da observação e apresentados nas categorias: a) Cultura de segurança do paciente como estratégia transformadora nos HUs; b) Protocolos de segurança do paciente como estratégia de prevenção do cuidado nos HUs e c) Indicadores de segurança como estratégia dos NSP/COSEP para o controle e a redução dos eventos adversos.

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética, de acordo com o parecer consubstanciado CAAE: 68954517.3.0000.0121 (Anexo E) das Diretrizes e Normas da Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, dispostas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

A percepção e análise dos profissionais em suas atividades laborais evidenciaram que o processo implantado e desenvolvido foi permeado por atitudes positivas por parte da equipe, pela receptividade às novas medidas que o núcleo vinha tomando e também por questionamentos pontuais sobre o modo como esse processo poderia impactar nas atividades e nas práticas dos cuidados, configurando-se como dramáticas do agir cotidiano, fazendo uso de si por si, uso de si pelos outros, para a implantação de estratégias de promoção do cuidado para a segurança do paciente, como poderá ser observado nos resultados ora apresentados.

a) Cultura de segurança do paciente como estratégia transformadora nos HUs

A análise das atas das reuniões dos NSP/COSEP, descreve que a discussão sobre a temática cultura de segurança do paciente como estratégia transformadora nos HUs, promovidas pelos NSP/COSEP ocorreu há algum tempo nos hospitais. Essa trajetória deu-se nas reuniões, nos encontros, nas campanhas, nas semanas e seminários sobre cultura de segurança, com todos os profissionais do serviço e promovidos pela Gestão de Risco Hospitalar (GRH), pela Comissão de Controle e Infecção Hospitalar (CCIH) e pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

Nestes fóruns foram discutidos e aprofundados os aspectos conceituais e a aplicabilidade da cultura de segurança no dia-a-dia da instituição com a contribuição de convidados com expertise na temática, dos docentes dos vários cursos de graduação e Pós-Graduação das Universidades Federais especialistas em segurança do paciente e especialmente dos profissionais do serviço que fazem mestrado profissional que investigam a temática no âmbito hospitalar e contribuem para a difusão e implantação da cultura de segurança do paciente nos hospitais com suas implicações no serviço e a melhoria da qualidade do cuidado.

Os NSP/COSEP entenderam que a melhoria do cuidado passava necessariamente pela mudança de mentalidade e pela cultura de segurança dos profissionais envolvidos no cuidado. Essa premissa foi incorporada ao Plano de Segurança do Paciente, assumida pela equipe multiprofissional, pela gestão do hospital e incorporada como prioridade no dia-a-dia nos diversos setores dos hospitais investigados.

Esses dados registrados nos documentos dos núcleos foram confirmados nas falas dos profissionais envolvidos no serviço, nos vários setores do hospital, como estratégia importante para a implantação da cultura de segurança do paciente.

Eu vou te dar um exemplo bem prático do que eu entendo sobre a cultura de segurança do paciente, aqui na UTI, era uma “zona” de muita conversa, muito barulho, e quando o NSP reuniu por turno de trabalho a equipe da UTI para discutir sobre a comunicação na passagem de plantão e do protocolo de lesão por pressão, também falaram de cultura de segurança do paciente. A partir dessa conversa as coisas foram mudando aos poucos, assumimos uma atitude diferente, ou seja,

a comunicação passou a ser mais objetiva centrada no paciente, a conversa ainda existe, mas com discrição. (EM7).

A incorporação de uma cultura é um desafio, pois supõe novidade, mudanças, e na realidade é o que está acontecendo com a postura da equipe diante dos pacientes, por exemplo, há mais respeito, mais diálogo e a gente vê realmente o profissional preocupado com o paciente e a equipe interagindo mais. (EF18).

Antes falarem cultura de segurança era aquele terror, aquele medo da punição diante de um erro que qualquer um pode cometer. Agora isso é visto diferente, não que as pessoas estivessem negligenciando o cuidado, não, é porque o núcleo passou a orientar e conversar sobre a necessidade de se notificar os incidentes, para punir? não, para corrigir, para melhorar a prática e evitar que o erro ocorra novamente e educar a equipe e essa mudança é também na cultura do profissional e da equipe e que reflete em seu trabalho. (EM1).

Quer um exemplo de cultura de segurança, hoje aqui na nossa unidade um profissional alerta o outro, numa boa, sobre o uso de luvas de procedimento e higienização das mãos, antes e depois do cuidado, isso foi acontecendo, mudando aos poucos. Antes o profissional avaliava os pacientes sem trocar as luvas, hoje isso ocorre pouco, aí eu te pergunto: isso é ou não é cultura de segurança? E o protocolo está ali, na parede, para ninguém descuidar. (EF11).

A cultura de segurança do paciente, na percepção da equipe multiprofissional, ocupa lugar central em todo o processo de promoção do cuidado e é vista como uma estratégia que está se consolidando pela forma como os profissionais estão compreendendo e assimilando.

Sabe aquela coisa de que eu sei tudo, aquele falso “empoderamento” [...] pois é, depois que o protocolo de medicamentos seguros foi implantado a equipe mudou esse “ar de

superioridade” por que os eventos adversos a medicamentos ocorriam quase que diariamente aqui na UTI e ninguém podia dizer nada. Hoje, o farmacêutico clínico é consultado, é valorizado, está incluído como membro da equipe multiprofissional e a diminuição dos EAs relacionados à medicamentos vem diminuindo significativamente, sobretudo, os relacionados à interação medicamentosa, os farmacêuticos têm até um software chamado micromedix que faz esse cruzamento para identificar as interações, então eu acho isso importante. (EM9).

Eu considero a cultura de segurança do paciente como um processo de transformação das pessoas e que está ocorrendo passo a passo, no dia-a-dia, você nem percebe, mas vai se dando conta que as coisas vão mudando no seu entorno e tem impacto também no ambiente e no agir coletivo. As pessoas eram muito fechadas para isso, hoje você vê a equipe dialogando, interagindo, buscando soluções, mas não é fácil, às vezes as discussões são bem acaloradas, mas elas também são importantes, fazem você refletir, avaliar. (EF20).

[...] eu sempre pensei que uma das faces mais importantes para fortalecer a cultura de segurança era notificar, era fomentar isso nos profissionais, no hospital, que fosse muito forte a questão da notificação, vai gerar dados, indicadores da qualidade do cuidado e fortalecer a cultura. (EM7).

Através da minha coleta de dados eu percebi que estava no caminho certo, que se fazia necessário pensar o cuidado na perspectiva da cultura, muitas coisas estavam andando na contra mão da cultura, sem um direcionamento, de uma forma “arriscada”. Mas a cultura só avança, só acontece se houver o interesse das pessoas envolvidas, e o núcleo conseguiu ampliar essa visão, sua importância e tenta fazer a sua parte, eles falam sempre sobre o assunto. (EF12).

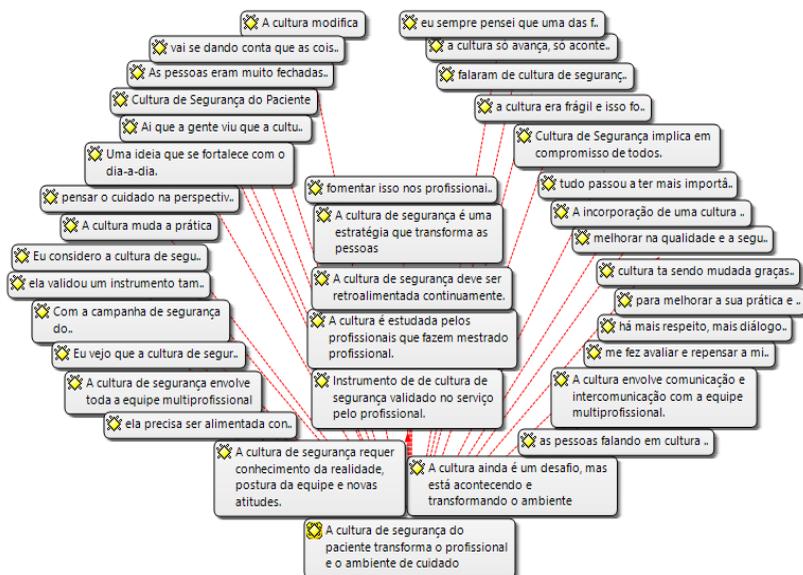
Esse resultado mostra que a cultura de segurança do paciente implica no domínio do conhecimento do profissional acerca do tema, a

forma como se traduz na prática e, por conseguinte, a transformação do ambiente do cuidado.

O gráfico abaixo ilustra o resultado da percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente como estratégia que transforma o profissional, o ambiente e promove a melhoria do cuidado nos hospitais.

São fragmentos das falas dos trabalhadores e da observação, selecionadas em *quotations*, codificadas como cultura de segurança e reunidas na *family*, como subcategoria, a cultura de segurança do paciente transforma o profissional.

Ilustração 1. A cultura de segurança do paciente: estratégia do cuidado.



Fonte: Atlas.ti. 7.5.1.0, (2018).

O Fluxograma representativo do Atlas.ti, denominado a árvore da cultura de segurança do paciente, reúne o pensamento dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente nos hospitais investigados, como a temática foi trabalhada pelo núcleo de segurança do paciente e como ela está se incorporando no dia-a-dia transformando as práticas do cuidado e sua organização.

Os resultados representados no gráfico trazem alguns fragmentos das 41 entrevistas dos participantes do estudo sobre os protocolos, das

21 anotações dos diários de campo feitas durante a observação, das atas das reuniões dos núcleos de segurança do paciente ao avaliar as mudanças ocorridas após vários encontros, reuniões e discussões sobre cultura de segurança no ambiente hospitalar e validadas pelo grupo focal.

Os profissionais afirmaram que:

[...] ocorreu uma grande transformação na minha vida ao entender o que é cultura de segurança do paciente [...]; [...]eu passei por aprendizado sobre cultura de segurança do paciente [...]; [...] mudei de atitude ao refletir sobre minhas práticas, fui me dando conta que a cultura de segurança mudou minha postura como profissional com os colegas e com os pacientes e procuro diariamente melhorar a minha prática e estudar mais sobre segurança do paciente [...].

Os registros do diário de campo trazem as seguintes notas: os profissionais interagem entre si para resolverem uma situação de um paciente que não respondia a terapia medicamentosa, na uti; acontece o diálogo e a comunicação com os pacientes e falam também com os familiares; no contato com os pacientes, o profissional chega se apresenta, tem uma relação mais próxima, mais humana e o paciente fica mais aberto e satisfeito com essa maneira como é tratado, gestos, posturas, atitudes observadas e comunicação direta com paciente sobre os cuidados.

Nas atas das avaliações do núcleo sobre a cultura de segurança os registros afirmam que o núcleo divulgou massivamente o assunto, reuniu, discutiu a melhor estratégia para apresentar e aprofundar o tema cultura de segurança do paciente, promoveu encontros, palestras, fóruns de debates com profissionais dos hospitais e externos, professores da universidade especialistas na temática, mas que pode melhorar mais a comunicação sobre a cultura de segurança entre os profissionais.

b) Protocolos de segurança do paciente como estratégia de cuidado e prevenção nos HUs

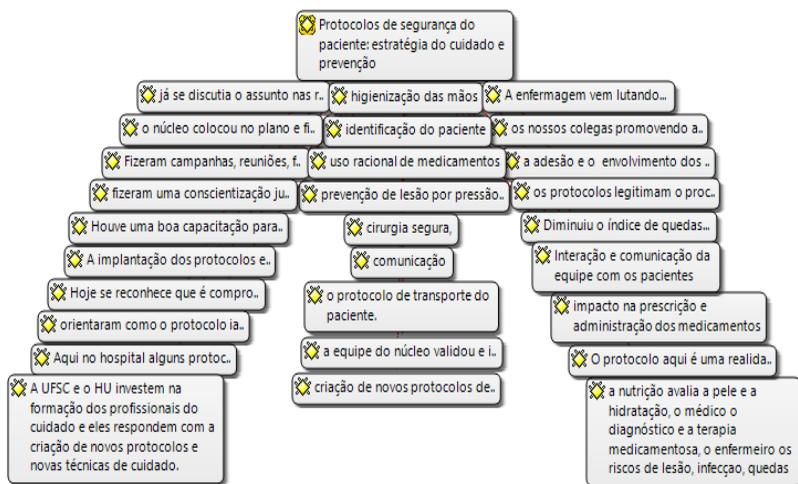
As principais estratégias assistenciais planejadas pelos NSP/COSEP a curto, médio e longo prazo foram: a promoção da cultura de segurança do paciente, a criação e implantação dos protocolos de segurança do paciente, avaliação da qualidade da assistência pelos indicadores levantados, a análise da causa raiz dos eventos adversos

com danos aos pacientes, monitoramento e controle do sistema de notificação dos eventos adversos, valorização e visibilidade da gestão de risco. Estes resultados foram encontrados nos relatórios dos NSP/COSEP.

O fluxograma abaixo é denominado tripé dos protocolos de segurança do paciente. Sua estrutura destaca graficamente na primeira base como ocorreu o processo da implantação dos protocolos e a formação profissional, na segunda base os protocolos implantados e os que estão em processo de validação com vistas à implantação e a terceira base o compromisso da equipe multiprofissional e o impacto da implantação na prevenção dos eventos adversos e a melhoria do cuidado.

Os dados foram coletados das entrevistas com os participantes da pesquisa, da observação e dos documentos analisados submetidos à técnica da triangulação dos dados e inseridos no software *Atlas.ti*. 7.5.1.0. Foram selecionadas 87 *quotations* e 37 foram utilizadas para a composição do gráfico, descritas como protocolos de segurança do paciente, 3 *codes* acerca do processo de implantação, protocolos implantados e melhoria do cuidado e prevenção, e reunidas na *family* como subcategoria, protocolos de segurança do paciente: estratégia do cuidado e prevenção.

Ilustração 2. Protocolos de segurança do paciente: estratégia do cuidado e prevenção.



Fonte: Atlas.ti. 7.5.1.0, (2018).

Os resultados apresentados no fluxograma do tripé dos protocolos de segurança do paciente mostram como o processo de implantação dos protocolos promovidos pelos NSP/COSEP ocorreu, os resultados práticos, como os profissionais lidam no dia-a-dia com os protocolos e sua implicação na assistência e na melhoria do cuidado.

Dentre os protocolos de segurança do paciente criados e implantados estão: os de higienização das mãos, prevenção de lesão por pressão, cirurgia segura, identificação do paciente, uso racional de medicamentos, comunicação, transporte e identificação do paciente.

É importante registrar como resultado significativo, que o HUUFGSC hospital de Florianópolis, por iniciativa da gestão hospital e da Universidade Federal de Santa Catarina criaram programas de mestrado profissional em enfermagem e medicina associado a residência médica em cuidados intensivos, a iniciativa vem qualificando o quadro dos profissionais que trabalham no cuidado e seus trabalhos tem se voltado para a investigação de melhores práticas assistenciais e a promoção da segurança do paciente e o desenvolvimento de novos protocolos de segurança do paciente para o hospital HUUFGSC e no HUGV hospital de Manaus, a equipe do núcleo validou e está em fase de implantação do protocolo de transporte seguro de pacientes.

Nos registros dos relatórios dos protocolos, a equipe do núcleo de um hospital descreve que está encontrando dificuldades para aquisição da pulseira adequada para a implantação do protocolo de identificação do paciente e justifica que não há consenso em torno da pulseira mais apropriada que atenda aos critérios e diretrizes sobre o tipo, informações do paciente e modelo a ser adotado.

Nas entrevistas tivemos a confirmação que o protocolo de identificação do paciente está em processo licitatório no setor responsável.

Tem um protocolo que já vem sendo discutido há bastante tempo que é o da identificação do paciente e ainda não conseguiram implantar, acho que tem algum problema na licitação e no modelo da pulseira, parece que há uma indefinição ainda, mas acho isso importante para fazer a coisa bem feita. É melhor demorar um pouco e fazer a coisa certa. (EF10).

A equipe do NSP teve esse cuidado, antes de implantarem os protocolos, fizeram uma conscientização junto às equipes nos diversos

setores, com treinamentos e repetição, discutiram bastante, tiraram as dúvidas. Houve uma boa capacitação para todos da equipe por turno de trabalho. (EM8).

As falas dos participantes mostram como os protocolos foram implantados, sua aceitação e aplicabilidade nos diversos setores dos hospitais.

Os protocolos estão sendo implantados com muito esforço pela equipe do COSEP, mas já temos o de higienização das mãos, cirurgia segura, de prevenção de quedas, de lesão por pressão, de queda do leito, de medicamentos e outros que não lembro agora, mas tem um que estão tentando e ainda não conseguiram que é o da identificação do paciente e isso já tem um tempinho. (EF5).

Fizeram campanhas, reuniões, fizeram encontros antes de implantar os protocolos e foram em todas as unidades do hospital capacitando os profissionais, mas isso já vinha sendo discutido e o núcleo colocou no plano e ficou mais fácil por conta dessas discussões anteriores. (EM4).

Esclareceram as dúvidas, orientaram como o protocolo ia ser aplicado e fizeram o treinamento para todas as equipes. (EF6).

A implantação dos protocolos exigiu dos núcleos um intenso trabalho de preparação e conscientização para que ao serem implantados fossem assumidos coletivamente e não porque o hospital estava implantando como obrigatoriedade legal.

Aqui no hospital alguns protocolos já haviam sido implantados antes do Programa de Segurança do Paciente, por exemplo, o da higienização das mãos e da cirurgia segura, com o NSP, os outros foram implantados e vão implantar um protocolo que a equipe do núcleo está criando que é o de transporte de pacientes. (EM4).

O protocolo aqui é uma realidade e é assumido por toda a equipe, isso tem contribuído para a prevenção dos eventos adversos. Tem também lá suas dificuldades, sobretudo com o protocolo de lesão por pressão, ainda é um desafio para a equipe

de enfermagem, mas eles lutam diariamente. (EF1).

Olha, eu estou assistindo e participando com muito orgulho dessa nova dinâmica e organização das atividades do hospital com a implantação dos protocolos e das notificações, os resultados são impressionantes, o núcleo investiga e dá as respostas quando um incidente ocorre, antes ficava todo mundo calado com medo e as consequências era para o paciente. (EM15).

A enfermagem vinha lutando com os protocolos há algum tempo, eu sou fisioterapeuta e parecia que era coisa só da enfermagem. Hoje se reconhece que é compromisso e responsabilidade de toda a equipe, a nutrição avalia as condições nutricionais do paciente e a hidratação, o médico avalia no geral, a enfermagem avalia a integridade da pele e os sinais de lesão, a farmácia avalia se não ocorre a interação medicamentosa, erro de dosagem. Então, a equipe é corresponsável. Antes, não estavam nem aí, ou melhor, não interagiam com tanta frequência como ocorre agora. (EF 12).

Sabe aquela coisa de que eu sei tudo, aquele falso “empoderamento” [...] pois é, depois que o protocolo de medicamento seguro foi implantado a equipe mudou esse “ar de superioridade”, o farmacêutico clínico está mais envolvido, é consultado, dá a sua opinião e é respeitado. (EF13).

Nos registros do diário de campo da observação, foi possível constatar e comprovar o que os participantes descrevem em suas falas.

Os protocolos estão disponibilizados no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), no formato digitalizado, no formato impresso e nos leitos no formato de tecnologias do cuidado, como nos relógios que sinalizam à equipe a hora da mudança de posição do paciente acamado e favorece a comunicação entre a equipe e os familiares/acompanhantes dos pacientes, que ficam atentos ao relógio e chamam a equipe para auxiliá-los na mudança ou vice-versa.

Nos setores da terapia medicamentosa ou sala de preparo para administração dos medicamentos, tem quadros orientativos da ANVISA e da gerência do setor, com informações sobre todos os medicamentos prescritos, orientações sobre os cuidados com os medicamentos, as

reações adversas, as formas de armazenamento, o cuidado e a atenção no preparo dos medicamentos, as checagens que devem ser feitas, como nome do paciente, leito, os medicamentos prescritos, a via de administração, a diluição, a dosagem, a hora certa, o prazo de validade do medicamento e a conduta do profissional no momento do preparo.

Todo o processo de medicação que envolve a prescrição, a dispensação, o preparo, a administração e a avaliação do paciente, foi observado e nota-se o esforço da equipe para que seja realizado dentro dos critérios estabelecidos que promovam, em primeiro lugar, o efeito desejado pela terapia medicamentosa e a segurança do paciente.

Os resultados apresentaram as estratégias utilizadas pelos núcleos para a implantação dos protocolos de segurança e evidenciam a importante participação da equipe da enfermagem no processo.

c) Indicadores de segurança como estratégia do NSP para o controle e a redução dos eventos adversos

Os indicadores de segurança do paciente nos hospitais são gerados a partir das notificações. As notificações são realizadas eletronicamente no sistema do hospital disponível nos diversos setores e manual na ficha de notificação dos eventos adversos, queixas técnicas e incidentes.

Em 2016, o NUVISAH recebeu 589 notificações relacionadas aos Eventos Adversos, Queixas Técnicas e Incidentes de janeiro a dezembro e em 2017 o quantitativo foi de 581. Com aumento significativo das notificações relacionadas a segurança do paciente. A distribuição, de acordo com as áreas da Farmacovigilância, Hemovigilância, Tecnovigilância e Segurança do Paciente, na tabela abaixo:

Tabela 1. Distribuição das notificações dos eventos adversos, queixas técnicas e incidentes dos anos 2016 e 2017 do HU/UFSC.

Notificações dos eventos adversos, queixas técnicas e incidentes em 2016			
Farmacovigilância	Hemovigilância	Tecnovigilância	Segurança do Paciente
230 (39,0%)	19 (3,2%)	114 (19,3%)	114 (19,3%)
Notificações dos eventos adversos ocorridos em 2016 – Total = 589			
Notificações dos eventos adversos, queixas técnicas e incidentes em 2017			
Farmacovigilância	Hemovigilância	Tecnovigilância	Segurança do paciente
172 (29,6%)	22 (3,7%)	78 (13,4%)	309 (53,1%)
Notificações dos eventos adversos ocorridos em 2017 – Total = 581			

Fonte: COSEP, (2018).

As notificações dos incidentes e eventos adversos e a segurança do paciente são: erros de identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, flebites, exteriorização não intencional de cateter, sonda, dreno, tubo, queimaduras, quedas e lesão por pressão.

Os dados das notificações dos eventos adversos são analisados pelos núcleos e são eles que determinam os indicadores de qualidade e segurança e as ações que precisam ser implementadas para que os incidentes e eventos diminuam gradativamente e não por falta de notificações, que deve ser uma prática rotineira incorporada pelos profissionais, mas pela transformação das práticas e de cuidados seguros.

Os profissionais reafirmam em suas falas a importância das notificações, que é necessário treinamento, capacitação, estar vigilantes para manter o sistema alimentado, o núcleo como orientador do processo e do acompanhamento das notificações, suas contribuições aos setores e responsável por analisar as causas e responder às demandas dos setores.

Existe a Gestão de Risco Hospitalar a algum tempo no hospital, havia essa preocupação de notificar os erros que a equipe cometia, mas havia sempre aquele temor e as pessoas tinham receio de notificar porque podia pegar, né? (EM18).

Com o núcleo o sistema de notificação passou a melhorar porque começamos a ter aquela compreensão que a notificação vinha só para beneficiar e corrigir os erros, mas se notificava pouco. (EF9).

Tivemos encontros, treinamento, vieram algumas pessoas do núcleo, veio a coordenadora, aliás, ela vem toda semana, passa aqui para ver, para conversar com todos da equipe e ensinar como se deve notificar. Já tinha no sistema, mas era pouco acessado e as pessoas não sabiam muito como fazer, então, o núcleo veio esclareceu o objetivo e como deveria ser feito aí, as pessoas começaram a notificar como acontece hoje, manual e no sistema. (EM14).

Hoje nós sabemos porque se deve notificar, agora elas informam tudo, o que ocorreu, onde ocorreu, como e quais as medidas a serem tomadas, elas analisam aqueles casos mais complicados e dão o

retorno aqui mesmo no setor. Vamos fazer assim, corrigir isso, melhorar aquilo. (EM12).

Vou te falar, as notificações passaram a ter importância para todos, ou para a grande maioria, porque o núcleo foi o responsável por mudar esse conceito da punição que havia, então hoje se um incidente ocorre às pessoas notificam sem aquele receio, aí começaram a aparecer os indicadores que o núcleo contabiliza, porque gera um índice e isso foi importante para a gente saber e quantificar os eventos adversos. O núcleo faz isso, mostra esses indicadores de lesão, de quedas, de cirurgia, de infecção, relacionados a medicamentos e outros e, isso salta aos olhos, e todos se perguntam o porquê e como melhorar, então a responsabilidade é de todos. (EF20).

Os resultados revelam que não havia uma cultura de notificações, embora, já existisse o setor responsável que incentivava e falava da importância de se notificar para gerar indicadores, já se notificava mostram os registros, mas se notificava pouco.

Com a criação dos núcleos evidenciou-se no estudo que os indicadores passaram a ser levados em conta, pois, o aumento das notificações indicava as áreas mais frágeis da assistência e são levados muito a sério, a equipe se reúne, avalia, reflete para buscar a melhor solução, essa constatação ficou evidente na reunião do grupo focal, todos mostravam interesse e apresentavam sugestões de como melhorar a prática assistencial.

DISCUSSÃO

Cultura de segurança do paciente como estratégia transformadora nos HUs

A cultura de segurança do paciente foi a estratégia que sustentou e respaldou a implementação das medidas promovidas pelas equipes dos NSP/COSEP. Os núcleos deram continuidade às discussões sobre cultura de segurança do paciente que vinham ocorrendo nos grupos de trabalho com profissionais envolvidos no cuidado, particularmente, entre os enfermeiros e suas equipes.

Os núcleos passaram a organizar, sistematizar e atuar diretamente junto a equipe multiprofissional para ampliar as discussões sobre cultura

de segurança, reunir as equipes para o aprofundamento da temática e suas implicações no trabalho.

Em seu estudo, Reis et al., (2017, p.4) afirmam que,

[...] apesar de o termo cultura de segurança ser recente no âmbito da área da saúde, observou-se por meio da análise dos relatos dos enfermeiros gestores que, nos hospitais investigados, antes de implantarem as estratégias de segurança do paciente, houve esforços à promoção da cultura de segurança.

A abordagem sobre cultura de segurança do paciente foi trabalhada como estratégia, sinergia, envolvimento de todos e a partir do resgate histórico e das evidências das práticas inovadoras que o hospital e os profissionais desenvolvem nas duas instituições, na micro história dos trabalhadores em saúde, com o uso de si, pela atuação comprometida de cada profissional em aderência às normas prescritas e a atuação dos núcleos (SHWARTZ, 2011).

Estudo realizado em hospitais espanhóis por Manzarena *et al.*, (2016) sobre implantação de boas práticas em qualidade e segurança do paciente certificou que as melhores práticas são desenvolvidas em hospitais em que os profissionais foram preparados e qualificados e que adotaram como paradigma a cultura de segurança do paciente.

A aposta por construir uma cultura de qualidade e segurança nos hospitais promove melhores resultados em segurança assistencial e segurança clínica nos hospitais e deve-se a profissionais que incorporaram a cultura de segurança do paciente em todas as suas ações (ARANAZ, 2010).

Constatou-se, a partir dos dados, a percepção da equipe multiprofissional sobre a cultura de segurança do paciente, ocupa lugar central em todo o processo de promoção do cuidado e é vista como uma estratégia que está se consolidando pela forma como os profissionais estão compreendendo e assimilando.

Estudo conduzido por Andrade *et al.*, (2018), sobre cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão, os profissionais que responderam a pesquisa, 102 (48,2%) eram da equipe de enfermagem, 23 (10,6%) médicos, 14 (6,9%) eram fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e 6 (2,3%) farmacêuticos que têm contato direto com os pacientes em seu trabalho, confirmaram que cultura de segurança do paciente é uma fortaleza que

tem suas implicações nas práticas dos profissionais, no aprendizado organizacional/melhoria continuada e comunicação aberta.

Nos hospitais investigados trabalhar a cultura de segurança como estratégia prioritária foi a melhor decisão, constata-se que ela vai se fortalecendo, ela está na atitude, no comportamento, na tomada de decisão e ela está mudando a prática profissional, entretanto é construída em meio a desafios e fragilidades.

Nesse sentido, o trabalhador é diariamente confrontado com as variabilidades na realização de suas atividades, sendo-lhes impossível escapar de micro escolhas rotineiras.

Para Porto e Bianco (2015), o “corpo-si” é o árbitro e o gestor dessas variabilidades que o impulsionam a escolher entre trabalhar “por si” ou “pelos outros”, gerindo, assim, seu trabalho, transformando as relações construídas pelas decisões pessoais e coletivas.

Essa é uma das dimensões da análise ergológica, em que os trabalhadores renormalizam e criam novas regras nas situações de trabalho, em meio às fragilidades, de modo que não exista apenas execução, mas um uso de si que envolvem negociações dramáticas no trabalho.

O uso de si por si possibilita que os trabalhadores renormalizem e desenvolvam estratégias singulares para responderem aos desafios do ambiente (SCHWARTZ, 2005).

Essa perspectiva possibilita entender que a aprendizagem formal da cultura de segurança do paciente de modo algum pode ser desprezada, mas deve ser enriquecida de uma aprendizagem informal relativa ao que os trabalhadores criam e recriam nas suas próprias vivências de trabalho (SILVA; SANTOS, 2017).

A incorporação de uma cultura tem os seus desafios, pois supõe, novidade, mudanças, gera fragilidades, e na realidade isso também ocorre nos hospitais.

Pontes e Santos (2014) argumentam que as infidelidades do meio dizem respeito às variações que se fazem presentes no ambiente laboral e que exercem influência no cumprimento das tarefas, mesmo que seja de forma imperceptível.

De acordo com Andrade *et al.*, (2018, p.164), “identificação de fragilidades na cultura de segurança do paciente é uma oportunidade para melhoria da qualidade que deve ser aproveitada pelos núcleos de segurança do paciente locais”.

O aprendizado da cultura de segurança, sua incorporação na organização e a postura da equipe modificaram as relações com os pacientes. A percepção da equipe é que cresceu o diálogo, existe mais

respeito e mais responsabilidade do profissional preocupado com o paciente e a equipe interagindo.

Corroborando com a ideia da aprendizagem da cultura como estratégia, das mudanças de posturas que ela realiza na vida do trabalhador e da equipe, Trinquet (2010) reforça que o que se passa na mente e no corpo do trabalhador é o que possibilita a realização do trabalho e isto está relacionado ao debate de normas e de transgressões, o que pode vir a acarretar em renormalizações.

O efeito positivo de intervenções de melhoria foi estudado por Burström *et al.*, (2014), que implementaram um projeto de melhoria da qualidade em unidades de emergência de dois hospitais, um municipal e outro universitário, objetivando melhorar a cultura de segurança do paciente das equipes. O acompanhamento revelou evolução do trabalho em equipe na unidade, maior abertura para comunicação e melhor trabalho em equipe entre unidades do hospital universitário, mas é um desafio permanente.

A cultura de segurança do paciente nos hospitais estudados é uma estratégia que está em construção, mostrou resultados importantes e o seu impacto na prática assistencial e na vida dos profissionais, nas relações com os diversos membros da equipe.

Os argumentos dos membros da equipe multiprofissional e dos núcleos evidenciam como a cultura de segurança transformou o ambiente de cuidado com uso de si e por si, ao definir cultura de segurança, apontar as modificações que a cultura pode promover nos indivíduos, transforma as relações interpessoais da equipe multiprofissional, transforma a comunicação com os pacientes e seus familiares, transforma o ambiente de trabalho, ressignifica as práticas do cuidado, promove as notificações dos incidentes e eventos adversos, promove a pesquisa e novos processos formativos à equipe de saúde, porém, ainda é sentida como frágil, necessita de postura e atitude comprometida de todos.

Estudo realizado por Caldas (2017) sobre cultura de segurança do paciente em dois hospitais, a análise atribui ao comportamento da liderança grande influência na execução de práticas seguras e na elaboração da cultura de segurança.

Os núcleos de segurança do paciente e a gestão hospitalar tem uma importante tarefa e um grande desafio, que é continuar esse movimento e consolidar a cultura de segurança do paciente sem diminuir a intensidade das iniciativas pró cultura de segurança do paciente investindo na formação individual e da equipe multiprofissional.

Protocolos de segurança do paciente como estratégia de cuidado e prevenção nos HUs

A implantação dos protocolos de segurança do paciente foi a segunda estratégia assumida pelos núcleos de segurança do paciente com o objetivo de melhorar o cuidado e prevenir os eventos adversos.

A utilização dos protocolos como estratégias de segurança do paciente objetivam promover práticas seguras nas instituições de saúde e, conseqüentemente, prevenir e minimizar os eventos adversos decorrentes da assistência à saúde (WEGNER; PEDRO, 2012).

O processo de implantação dos protocolos foi precedido por iniciativas da enfermagem e da equipe multiprofissional que haviam inserido em suas práticas laborais o protocolo de higienização das mãos, de prevenção de lesão por pressão e de cirurgia segura, propostos pela Organização Mundial de Saúde e adaptado aos hospitais.

Iniciativas, que de certa maneira, prepararam o trabalho dos núcleos de segurança a continuar com seus objetivos de implantar os protocolos delineados no plano de segurança do paciente. O processo seguiu conforme o núcleo havia planejado, treinar a equipe e implantar o protocolo. A adesão e o envolvimento dos setores do hospital foram acontecendo naturalmente.

Estudo realizado em dois hospitais sobre a utilização dos protocolos de segurança do paciente afirma que as “principais estratégias de implementação do protocolo foram treinamentos da equipe e sensibilização dos profissionais em reuniões de departamento” (CALDAS, 2017, p.154).

As iniciativas dos núcleos seguiram as estratégias do Programa Nacional de Segurança do Paciente, que incluem os seis protocolos básicos, definidos pela OMS, integrantes do Programa Nacional de Segurança do Paciente: identificação do paciente; cirurgia segura; prevenção de úlceras por pressão; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prevenção de quedas (ANVISA, 2013).

A análise dos dados mostrou como se deu o processo de implantação dos protocolos promovidos pelos NSP/COSEP. A implantação dos protocolos foi precedida por estudos com os profissionais envolvidos no cuidado, treinamento, simulações e sua aplicação.

O estudo de Sartor (2016, p.3), destaca como pontos positivos para implantação dos protocolos de segurança do paciente em hospitais, a existência de:

[...] estrutura física adequada; sistemas informatizados para registro da assistência; comissões atuantes; sistema para obtenção do consentimento dos pacientes; equipamentos de proteção individual e informações sobre seu uso; acompanhamento adequado dos acidentes de trabalho; protocolos sobre o gerenciamento de resíduos; protocolos para identificação dos pacientes; sistema informatizado para prescrição de medicamentos, disponibilização de rotinas para prescrição, dispensação e manuais para consulta de medicamentos; parcerias com instituições de ensino.

O estudo confirma a importância da enfermagem nos dois hospitais universitários investigados como os protagonistas do processo de implantação dos protocolos de segurança do paciente.

A enfermagem e a equipe de saúde ao se “apropriar” do trabalho, concretizado nas prescrições, não se despiram de sua história, de seus valores, do seu modo de ser singular. Ao mesmo tempo em que cumprem normas ela as reinventa permanentemente (DURRIVE, 2011).

Corroboram com a constatação da participação da enfermagem em processos que envolvem a segurança do paciente o estudo de Souza (2017) em dois hospitais universitários ao afirmar que os enfermeiros são corresponsáveis na implantação dos programas de segurança do paciente em hospitais e pelo estudo de Urbaneto (2013) sobre a mobilização dos profissionais de enfermagem desde 2008, no âmbito do ensino, assistência, pesquisa na criação, desenvolvimento, difusão e promoção das melhores práticas de cuidado, capitaneados pela Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP).

Toda a equipe de saúde está envolvida no cenário das novas práticas implantadas evidenciado nos resultados do estudo, o que faz emergir o conceito de atividade humana de trabalho e remete ao trabalho concreto (SCHWARTZ, 2011), onde os trabalhadores e no nosso estudo, a equipe multiprofissional da saúde, estabelecem uma relação dialética entre as normas antecedentes e a renormalização, definindo suas escolhas, nas dramáticas do uso de si, fazendo uso do corpo, da experiência, a partir de critérios e valores éticos para a implantação de um sistema de cuidado, os protocolos de segurança do paciente, realizado por si e pensando no outro.

Nesse sentido, pode-se dizer que o conceito de atividade humana de trabalho proposto pela ergologia busca qualificar esta dinâmica

particular que vivem os trabalhadores nas situações de trabalho, ou seja, os trabalhadores da equipe multiprofissional, que vivenciam as ações de segurança do trabalho.

Os dados revelam que a equipe se mostrou confiante com a implantação dos protocolos de segurança do paciente, ao descrever a importância e o impacto dos resultados com significativa melhoria na qualidade do serviço realizado, pela adesão e o envolvimento dos vários setores do hospital e que aconteceu naturalmente. É norteador para o estudo a fala de um dos profissionais que confirma o compromisso da equipe e as consequências da incorporação dos protocolos na assistência aos pacientes:

[...] a utilização do protocolo aqui é uma realidade e é assumido por toda a equipe, isso tem contribuído para a prevenção dos eventos adversos, como a diminuição dos erros na prescrição e administração dos medicamentos, para a redução do número de quedas no leito, para o controle da infecção, a prevenção das lesões por pressão, e o melhor disso tudo é a comunicação entre os membros da equipe com os pacientes. Tem também lá suas dificuldades, sobretudo com o protocolo de lesão por pressão, ainda é um desafio para a equipe de enfermagem, e o de identificação do paciente (a pulseira), mas o núcleo está lutando diariamente [...]. (EF5).

Nunes *et al.*, (2014) ressaltam a determinação e atuação desses profissionais com a sua equipe como importantes fontes de barreiras e implantação de estratégias e informação à promoção da segurança do paciente no ambiente hospitalar, pela implantação de protocolos e a redução dos eventos adversos.

Os dados analisados evidenciam que as transformações vão acontecendo, essa nova dinâmica e organização das atividades dos hospitais universitários com a implantação dos protocolos e das notificações dos eventos adversos, vão gerar os indicadores de qualidade esperados, pela incorporação das novas práticas de cuidado centradas no paciente, promovidas pelo núcleo de segurança que investiga ocorrências de eventos adversos e dá as respostas quando um incidente ocorre.

Um registro importante constatado no estudo é a superação do paradigma acerca “da atribuição da enfermagem na aplicabilidade dos protocolos”, pois hoje há o reconhecimento de que protocolo é

compromisso e responsabilidade de toda a equipe, do médico, do fisioterapeuta, da nutricionista, do farmacêutico, da enfermagem e sua equipe. Todos estão envolvidos e igualmente são corresponsáveis pelos pacientes.

Desta forma, a implantação dos protocolos de segurança do paciente nos hospitais universitários deu-se pela participação de todos nos processos organizacionais, gerenciais e assistenciais.

Sua concepção e aplicabilidade foram tecidas no debate das normas de segurança do paciente, nas dramáticas e nas decisões históricas da instituição e dos trabalhadores imersos nas atividades, fazendo uso de si por si e para os usuários do sistema de saúde que utilizam os hospitais universitários para o cuidado de sua saúde, na concepção ergológica do trabalhador da saúde, para a transformação do cuidado pela prevenção, promoção de melhores práticas, pela implantação dos protocolos de segurança do paciente.

c) Indicadores de segurança como estratégia do NSP para o controle e a redução dos eventos adversos

A abordagem sobre indicadores de qualidade e segurança do paciente nos hospitais universitários investigados, não tem a finalidade de discutir a quantificação e nem como os indicadores são calculados pelos núcleos de segurança, conforme sistemas de mensuração e validação de indicadores de segurança, disponíveis em estudos internacionais sobre o tema (CAMPBEL, 2002; MAINZ, 2003).

Indicador de segurança e qualidade do cuidado é definido por Mainz (2003) como uma medida quantitativa sobre algum aspecto do cuidado ao paciente. Seu uso permite o monitoramento do desempenho dos serviços de saúde, a programação de ações de melhoria de qualidade e orienta os pacientes para que realizem escolhas bem informadas. A utilidade dos indicadores depende de sua validade, confiabilidade e viabilidade (CAMPBEL, 2002; MAINZ, 2003).

Segundo Gama *et al.*, (2016, p.2) “existem muitos tipos de indicadores de segurança do paciente, mas os mais utilizados são aqueles baseados em resultados realizados em estudos internacionais.” (tipo 1) eventos-sentinel, propostos pela *Joint Commission Accreditation of Health care Organizations*, que são utilizados, no Brasil, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o termo *neverevent*, popularizado pelo *National Quality Forum (NQF)*; (tipo 2) indicadores de rastreamento (*triggers*), desenvolvidos pelo *Institute of Health care Improvement (IHI)*; utilizados em diversos estudos, inclusive reproduzidos no Brasil, na pesquisa de Mendes *et al.*,

e (tipo 3) indicadores de resultado, presentes em iniciativas importantes, como a da *Agency for Health care Research and Quality (AHRQ)* dos Estados Unidos e a da *Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)* 3. Todos esses indicadores contemplam a contagem e expectativa de ausência de eventos adversos (MAINZ, 2003; KELLEY, 2006; MENDES, 2009; GOUVEA, 2010; JOINT COMMISSION, 2011; IHI, 2013).

No processo de escolhas sobre os indicadores de qualidade e segurança do paciente a serem implantados, instituições e trabalhadores pautam-se nas determinações, normas institucionais – “gestão do uso de si pelos outros” – ao mesmo tempo em que lidam com os julgamentos que cada pessoa concede ao próprio corpo, às próprias capacidades, aos saberes (SILVA; SANTOS, 2017). Schwartz (2011) ressalta que trabalhar significa tomar decisões, confrontar valores diversos, fazer escolhas em alguns momentos contraditórios.

A discussão torna-se relevante em razão dos dados levantados pelos hospitais investigados sobre os eventos adversos notificados, organizados e sistematizados pelos núcleos de segurança do pacientes e disponíveis aos profissionais e equipe.

O evento adverso é o resultado de um incidente que ocasionou dano ao paciente. Erros, violações e falhas no processo de cuidado aumentam o risco de incidentes que causam danos aos pacientes (RUNCIMAM *et al.*, 2009) e são indicadores da qualidade do cuidado oferecido em instituições de saúde.

De acordo com a *American Society for Health care Risk Management (ASHRM)*, (2006), esse moderno movimento de segurança do paciente pelo registro das notificações dos eventos desenvolve e aprimora valores como a franqueza e a transparência com os pacientes e suas famílias, a não punição dos profissionais em virtude do relato de erros e a mudança de postura diante dos erros. Os eventos adversos registrados são indicadores de qualidade do cuidado e por essa razão são valorizados pela equipe dos núcleos de segurança.

O trabalhador em saúde é constantemente provocado a tomar decisões importantes para não errar e essa realidade é em sua atividade uma dramática. Schwartz (2011) entende por “dramática” o movimento entre norma prescrita, infidelidade do meio, renormalização e atividade singular ressaltando que a “dramática” é a contradição inerente a toda atividade de trabalho, própria da vida.

Os hospitais estudados publicam em suas páginas os índices das notificações dos eventos adversos, entretanto, ainda persistem resistências. Os dados dos eventos adversos notificados definem e

caracterizam as inconformidades e tem a finalidade de identificar, analisar a causa raiz dos eventos e a implementação de estratégias para o controle e sua redução, tornando-se, portanto, uma medida importante a ser aprofundada.

Estudo em território nacional descreve que 76,8% dos indivíduos nunca preencheram uma notificação e, internacionalmente, acima de 40% deles nunca utilizaram esse procedimento e 25% não conheciam o sistema de notificação (EVANS, 2006; MASSOCO, 2012).

Gouveia *et al.*, (2015, p.7) em seu estudo sobre indicadores de segurança afirmam que:

[...] dentre as estratégias internacionais adotadas para garantir cuidados de saúde mais seguros, destaca-se a criação de programas para o monitoramento da qualidade e segurança com base em indicadores. O monitoramento através de indicadores de segurança do paciente permite a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e a programação de ações de melhoria. No Brasil, as iniciativas e as pesquisas nessa área ainda são limitadas e não existe um conjunto de indicadores definidos e validados para monitorar a segurança do paciente internado.

Os indicadores de segurança do paciente nos hospitais são gerados a partir do monitoramento das notificações. As notificações são realizadas de forma eletrônica no sistema do hospital, disponível em todos os setores e manualmente, na ficha de notificação dos eventos adversos, queixas técnicas e incidentes (HU/UFSC, 2018).

Os dados das notificações são discutidos nas reuniões dos núcleos que decide a melhor estratégia a ser tomada. Os dados revelam o quantitativo das notificações da série 2016, o NUVISAH recebeu 589 notificações relacionadas à Eventos Adversos, Queixas Técnicas e Incidentes de janeiro à dezembro. A distribuição é realizada de acordo com as áreas de Farmacovigilância, Hemovigilância, Tecnovigilância e Segurança do Paciente. A série de 2017 apresentou um total de 581 para os mesmos indicadores.

Os resultados apresentados sobre as notificações dos eventos adversos revelam que os hospitais estão empenhados em realizar as notificações, sejam eletrônicas ou manuais, isso mostra que houve um crescimento nas notificações dos eventos relacionados à segurança do paciente que no ano de 2016 representava 38,4% das notificações e em 2017, 53,1% das notificações.

Essa análise evidencia a preocupação dos hospitais em implementar as medidas protetivas de segurança a partir das notificações dos eventos adversos. Dentre as notificações registradas e mais relevantes estão os: erros de identificação do paciente, erros procedimentos cirúrgicos, flebites, exteriorização não intencional de cateter, sonda, dreno, tubo, queimaduras, quedas e lesão por pressão.

As infidelidades do meio dizem respeito às variações que se fazem presentes no ambiente laboral dos profissionais da saúde e que exercem influência no cumprimento das tarefas, mesmo que seja de forma imperceptível (PONTES; SANTOS, 2014). Desta forma, o trabalhador ressignifica sua prática ao notificar os eventos adversos que vão gerar novas formas de atuar, novos conceitos, novas formas de cuidar do paciente.

Ao notificar, investigar, analisar e responder aos profissionais e equipes, os núcleos revelam uma clara intenção de transformar e consolidar pela cultura da notificação, boas práticas e formação da equipe. Notificar os eventos adversos, mensurar e definir os indicadores de qualidade do cuidado e segurança do paciente é atribuição do NSP.

O Ministério da Saúde (2018) emitiu em sua nota técnica as Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde e afirma que a notificação desses eventos adversos é realizada pelo preenchimento de formulários de notificação, os quais deverão ser acessados e corretamente preenchidos pelo NSP, nos prazos estabelecidos nos instrumentos legais vigentes.

Portanto, essa prática está em processo de implantação e requer a compreensão e aprendizagem dos sistemas disponibilizados pelo Ministério da Saúde, envolve o conhecimento da ferramenta pela equipe dos NSP e dos profissionais de saúde, dos pacientes e familiares que tem acesso ao sistema de notificação específica para cada usuário.

Os resultados apresentados sobre as notificações dos eventos adversos revelam que os hospitais estão empenhados em realizar as notificações, sejam eletrônicas ou manuais, isso mostra que houve um crescimento nas notificações dos eventos relacionados à segurança do paciente que no ano de 2016 representava 38,4% das notificações e em 2017, 53,1% das notificações.

Os indicadores de qualidade em segurança do paciente que os hospitais estão identificando resultam do esforço conjunto das equipes dos diversos setores e da equipe multiprofissional em notificar os eventos adversos e incidentes ocorridos.

Essa prática tem permitido que os núcleos de segurança monitorassem os eventos adversos e sigam o que foi determinado no

planejamento estratégico e no plano de segurança do paciente, rastrear, analisar a causa raiz e responder com estratégias localizadas às ocorrências, com o escopo de dirimir sua ocorrência e implementar novas medidas de prevenção e controle e qualidade na prestação do cuidado.

CONCLUSÃO

Inferese com o estudo que as estratégias utilizadas pelos núcleos de segurança do paciente destacadas neste trabalho foram: cultura de segurança do paciente como estratégia transformadora do cuidado, protocolos de segurança do paciente como estratégias de prevenção e cuidado e indicadores de segurança do paciente para a redução dos eventos adversos, tornaram-se respostas importantes para melhorar a qualidade do cuidado e promover a segurança do paciente.

Como estratégia para a melhoria do cuidado, a cultura de segurança do paciente foi à medida primordial promovida pelas equipes dos NSP/COSEP que impulsionou todo o processo de implantação das novas práticas de cuidado planejadas e abriu caminhos para que os profissionais agissem de forma diferenciada.

O conceito de cultura de segurança do paciente foi ampliado pelos profissionais da saúde, na percepção deles a cultura de segurança transforma o ambiente de cuidado com uso de si e por si, modifica os indivíduos, transforma as relações interpessoais da equipe multiprofissional, transforma a comunicação com os pacientes e seus familiares, transforma o ambiente de trabalho, ressignifica as práticas do cuidado, promove as notificações dos incidentes e eventos adversos, promove a pesquisa e novos processos formativos à equipe de saúde.

Essa é uma resposta de como a cultura foi trabalhada pelos núcleos de segurança do paciente impactando e transformando as pessoas e o ambiente de cuidado.

Outro aspecto relevante do estudo é a necessidade de se fortalecer a ideia, o conceito cultura de segurança entre todos os trabalhadores envolvidos no cuidado, para que ela seja internalizada e assumida no dia-a-dia como natural parte dos processos de cuidados com pacientes hospitalizados, pois ainda é sentida como frágil, necessita de postura e atitude comprometida de todos.

A segunda prioridade e não menos importante no processo de organização do cuidado promovida pelos núcleos de segurança foi a implantação dos protocolos de segurança do paciente. A implantação

dos protocolos de segurança foi marcada pela contribuição da enfermagem que antecipou o processo ao implementar os protocolos de higienização das mãos e lesão por pressão, o que facilitou a inclusão dos demais protocolos pela equipe do núcleo.

Outra constatação evidenciada no estudo foram às transformações que ocorreram, e estão ocorrendo, essa nova dinâmica e organização das atividades dos hospitais universitários com a implantação dos protocolos e das notificações dos eventos adversos, estão na pauta dos núcleos para gerar os indicadores de qualidade esperados, pela incorporação das novas práticas de cuidado centradas no paciente, promovidas pelo núcleo de segurança que investiga as ocorrências de eventos adversos e dá as respostas à equipe quando um incidente ocorre.

Desta forma, os núcleos conseguiram tecer no debate das normas, a construção de uma cultura de segurança do paciente, nas dramáticas e nas decisões históricas da instituição e dos trabalhadores imersos nas atividades, com a implantação dos protocolos de segurança do paciente, fazendo uso de si por si e para os usuários do sistema de saúde e a redução dos eventos adversos pela notificação e definindo os indicadores de qualidade do cuidado, à transformação do cuidado pela prevenção, promoção de melhores práticas nos hospitais universitários, guiados pela concepção ergológica do trabalhador da saúde que transforma e qualifica o seu trabalho pela relação dialética que promove renormalizações.

REFERÊNCIAS

AMERICAN SOCIETY FOR HEALTHCARE RISK MANAGEMENT (ASHRM). American Hospital Association. An Overview of the Patient Safety Movement in Healthcare. **Plast Surg Nurs**. v. 26, n. 3, p. 116-120, quiz 121-122, Jul- -Sep. 2006. Disponível em: <<http://www.ashrm.org/>>. Acesso em: 15 out. 2018.

ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 161-172, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413>. Acesso em: 10 jul. 2018.

ARANAZ, J. M.; AGRA, Y. The culture of patient safety: From past to future in four stages. **Med. Clin. (Barc)**. v. 135, Suppl. 1, p. 1-2, 2010.

Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477748>>. Acesso em: 22 out. 2018.

ATHAYDE, M.; BRITO, J. Ergologia e clínica do trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (Org.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. 258-281 p.

ATLAS.TI. ATLAS.ti Scientific Software Development Gmb H. Qualitative Data Analysis. Version 7.5.10. Berlin, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0350017.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – 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**, 26 jul 2013. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File36_2013.pdf> Acesso: 20 de Out. 2018.

_____. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Anvisa, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos.pdf>>. Acesso em 15 de Ago. 2018.

_____. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. **Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

_____. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n. 01/2015, Revisada em 28 de agosto de 2018. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília/DF: ANVISA/MS, 2018. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/it em/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-01-2015>>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. Relatório da Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança

do Paciente em Serviços de Saúde – 2017 – REVISADO [Internet].

Brasília/DF: ANVISA/MS, 2018. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/459495/Relat%C3%B3rio+com+os+resultados+da+Autoavalia%C3%A7%C3%A3o+2017/8c243765-5190-46d2-a9ee-52f53cda2294>>. Acesso em: 11 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013.

Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 10 de julho de 2013, Seção 1, col. 3, p. 47. Disponível em:

<<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/255-legislacao?download=1292>> Acesso em: 10 Set. 2018.

_____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa

Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 02 abr 2013, Seção 1, n. 62, p. 43. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&.>>
Acesso em: 10 Set. 2018.

_____. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: MS, 2014. 40 p. Disponível em:

<<http://proqualis.net/sites>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

_____. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Protocolos Básicos de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília/DF:

MS, 2016. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 19 out. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de

pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, nº 12, 2013, Seção 1, p. 59. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2018.

BURSTRÖM, L. et al. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a

repeated cross-sectional study. **BMC Health Serv. Res.** v. 14, art. 296, 2014. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-296>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

CALDAS, B. N. **Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em hospitais públicos: uma avaliação qualitativa.** 2017. 240 f. Tese (Doutorado)- Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24097>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

CAMPBELL, S. M. et al. Research methods used in developing quality indicators in primary care. **Qual. Saf. Health Care.** v. 11, p. 358-364, 2002. Disponível em: <<http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=488>>. Acesso em: 21 out. 2018.

CAMPOS, A. C. B.; ROSEMBRG, D. S. A ergologia como aporte teórico metodológico para análise coletiva do trabalho do bibliotecário. **Inf. Soc.: Est. João Pessoa/PB**, v. 27, n. 2, p. 7-17, maio/ago. 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/viewFile/30935/pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

CRESWELL, J. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa:** escolhendo entre as cinco abordagens; trad. Sandra Mallmamnn da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. 341 p.

DIAS, D. S.; SANTOS, E. H.; ARANHA, A.V. S. Contribuições da ergologia para a análise da atividade de trabalho docente. **Rev. Eletrônica Educação**, v. 9, n. 1, p. 211-227, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14244/198271991202>>. Acesso em: 14 Out. 2018.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 47-67, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/03.pdf>>. Acesso em: 7 Set. 2018.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Diretrizes EBSERH para monitoramento e avaliação em

segurança do paciente. Brasília, 2016. Vol. 1 Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/695105/2749071+SEImanual+B%C3%A>>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. Diretrizes EBSEH para estruturação e funcionamento da vigilância epidemiológica hospitalar: manual básico. Brasília: EBSEH/MS, 2017. v. 3. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/695105/2749071+SEImanual+B%C3%A>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

EVANS, S. M. et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. **Qual. Saf. Health Care**.v. 15, n. 1, p. 39-43, Feb. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16456208>>. Acesso em: 22 out. 2018.

FRIESE, S. **Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti**. 2. ed. London: Sage, 2014.

GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6,p. 1171-1181, Jun., 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 13 Set. 2018.

GIMENES, F. R. E. **A segurança de medicamentos na administração de medicamentos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital geral do interior paulista**: abordagem restaurativa. 2011, 231p.Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 15 Out. 2018.

GOUVÊA, C. Indicadores de segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EaD/ENSP, 2014. p.101-113.

HOLZ, E. B.; BIANCO, M. F. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 12, Edição Especial, artigo 6, Ago. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org>>. Acesso em: 30 set. 2018.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). Introduction to trigger tools for identifying adverse events [Internet]. 2018. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/IntroToTriggerToolsForIdentifyingAEs.aspx>>. Acesso em: 11 out. 2018.

JOINT COMMISSION. Sentinel event. 2011. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/sentinel_event.asp>. Acesso em: 14 de out. 2018.

KELLEY, E.; HURST, J. **Health Care Quality Indicators Project: conceptual framework paper**. Paris: OECD Publishing; 2006. (OECD Health Working Papers, 23). Disponível em: <<https://www.oecd.org/els/health-systems/36262363>>. Acesso em: 11 out. 2018.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed, Florianópolis: UFSC/ Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

MACEDO, T. R. et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Rev. Esc. Enferm. USP [Online]**. São Paulo, v. 50, n. 5, p. 756-762, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500756&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2018.

MAINZ, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **Int. J. Qual. Health Care**. v. 15, n. 6, p. 523-530, Dec. 2003.

MANZANERA, R. et al. Implantación de buenas prácticas en calidad y seguridad: estudio descriptivo en una mutua laboral. **Rev. Calid Asist.** v. 31, n. 3, p. 168-172, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.10.002>>. Acesso em: 12 Out. 2018.

MASSOCO, E. C. P. **Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente**. 2012. 152f.

Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-22082012-154853/pt-br.php>>. Acesso em: 12 Out. 2018.

MCGLYNN, E. A.; ASCH, S. M. Developing a clinical performance measure. **Am. J. Prev. Med.** v. 14, Suppl. 3, p. 14-21, 1998.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int. J. Qual. Health Care.** v. 21, n. 4, p. 279-84, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 18 Out. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

MINUZZI, A. P. et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 121-129, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 12 Jul. 2018.

NUNES, F. D. O.; BARROS, L. A. A.; AZEVEDO, R. M. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? **J. Res: Fundam. Care.** v. 6, n. 2, p. 841-847, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750622039.pdf>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). V SEMINÁRIO INTERNACIONAL REDUÇÃO DE RISCOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE E A QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5472:investir-em-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 15 Out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Aliança Mundial para a Segurança do Paciente [Internet], 2004 Disponível em: <<http://www.paho.org/bra>>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

PAIXÃO, D. P. S. S. et al. Adhesion to patient safety protocols in

emergency care units. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.71, Suppl. 1, p. 577-584, 2018. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>>. Acesso em: 13 set. 2018.

PETERLINI, F. L.; SAES, A. C. Culpa: cultura de não punição e accountability na assistência à saúde. In: FONSECA, A; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. (Org.). **Segurança do Paciente**. São Paulo (SP): Martinari, 2014. p. 31-44.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

PONTES, C.; SANTOS, E. Dilemas relativos às normas e valores vivenciados pelo sujeito na atividade do trabalho, na perspectiva ergológica. In: CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR EM SOCIAIS E HUMANIDADES, 3 - COINTER. Salvador, 08 a 10 de outubro de 2014. **Anais...** v. 2, n. 3, p. 294-309, 2014. Disponível em: < <https://docplayer.com.br/19284422-Dilemas-relativos-as-normas-e-valores-vivenciados-pelo-sujeito-na-atividade-do-trabalho-na-perspectiva-ergologica.html>>. Acesso em: 21 Out. 2018.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 172p.

PORTO, T. A.; BIANCO, M. F. Produção Científica sobre os “Usos do Corpo-si”: uma contribuição analítica com foco na Ergologia. **Farol: Rev. Est. Org. Soc.**, v. 2, n. 5, p. 1101-1136, 2015. Disponível em: <<https://ergologie.hypotheses.org/459>>. Acesso em: 5 Set. 2018.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132p.

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 [online]**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p.

2029-2036, jul. 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>>. Acesso em: 25 Out. 2018.

REIS, G. A. X. et al. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto Contexto Enferm. [online]**, Florianópolis, v. 26, n. 2, Art. e00340016, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e00340016.pdf>. Acesso em: 10 Set. 2018.

RUNCIMAN, W. B. Shared meanings: preferred terms and definitions for safety and quality concepts. **Med. J. Aust.** Sidney, v. 184, n. 10 Suppl., p. S41-S43, May. 2006. Disponível em: <https://www.mja.com.au/system/files/issues/184_10_150506/run11055_fm.pdf>. Acesso em: 30 Set. 2018.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **Int. J. Qual. Health Care.** Oxford, v. 21, n. 1, p. 18-26, Feb. 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content>>. Acesso em: 30 Set. 2018.

SARTOR, G. D.; SILVA, B. F.; MASIERO, A. V. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. **Cogitare Enferm.** Paraná, v. 21, n. Esp, p. 01-08, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45644>>. Acesso em: 3 out. 2018.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade.** 2006. 232f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

_____; PIRES, E. P.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, Ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 Out. 2018.

_____. et al. Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de Hospitais Universitários na Argélia, Brasil e França. **Ciênc. Saúde coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2265-2276, Jul. 2018.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08762018>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

SCHWARTZ, Y. Produzir saberes entre aderência e desaderência. **Rev. Educ. Unisinos**. v. 13, n. 3, p. 264-273 set./dez. 2009. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/view/4959>>. Acessado em: 2 out. 2018.

_____. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro/RJ, v. 9, Supl. 1, p. 19-45, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1981-77462011000400002>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

_____; DUC, M.; DURRIVE, L. A linguagem em trabalho. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. p. 131-148.

_____; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: EdUFF, 2010.

SILVA, J. A; SANTOS, C. M. A atividade de trabalho sob a perspectiva ergológica de Yves Schwartz. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, XX – XX SEMEAD, São Paulo, 08 a 10 de novembro 2017. **Anais**, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://login.semead.com.br/20semead/arquivos/143.pdf>>. Acesso em: 16 Set. 2018.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm. [online]**. Porto Alegre, v. 37, n. Spe., e68271, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500413&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 Jul. 2018.

SORATTO, J. **Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da estratégia de saúde da família**. 2016. 241f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, 2016. Disponível em: <<http://tede.ufsc.br/teses/PNFR0940-T>>. Acesso em: 11 Set. 2018.

SOUZA, L. O. et al. O uso de protocolos de segurança do paciente nas

instituições hospitalares. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 19, n. 1, p. 70-77, Jan.-Mar. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/17720/12146>>. Acesso em: 21 Out 2018.

TRINQUET, P. Trabalho e Educação: o método ergológico. **Rev. HISTEDBR**, Campinas, v. 10, n. Esp., p. 93-113, ago. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf>. Acesso em: 07 Set. 2018.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 668 p.

URBANETTO, J. S.; GERHARDT, L. M. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa [Editorial]. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 3, p. 8-9, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a01v34n3.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2018.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, [8telas], may-jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf>. Acesso em: 15 out 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition. World Health Organization, 2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

6 CONCLUSÕES

Conclui-se com o estudo que a ergologia permitiu um olhar diferenciado para a implantação dos núcleos, a partir dos saberes constituídos e investidos das equipes dos NSP/COSEP que conduziram às mudanças organizacionais e assistenciais do cuidado nos hospitais universitários.

A Política Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde e a Instituição dos Núcleos de Segurança do Paciente e do Plano de Segurança do Paciente da Agência Nacional de Vigilância em Saúde foram as normas regulamentadoras instituídas para os hospitais públicos brasileiros.

A aderência da norma e sua aplicabilidade foram assumidas pelas diretorias dos hospitais investigados como prioridade de gestão, ao criarem os Núcleos de Segurança do Paciente e o Comitê de Segurança do Paciente, dos hospitais investigados, imediatamente após a publicação da Portaria 529 e da RDC 36.

A renormalização foi um processo que envolveu o debate das normas pelos núcleos de segurança do paciente, tecida e adaptada para o contexto da atividade individual e coletiva da equipe multiprofissional dos hospitais.

A decisão das diretorias é analisada pela ergologia como reformatização e aderência, evidenciada pelo comprometimento da gestão com a segurança do paciente, como meta de gestão delegando a responsabilidade à condução da política aos núcleos de segurança do paciente. Esse é um sinal que a gestão dos hospitais está desde o início comprometida com as mudanças que foram implementadas pelos núcleos subsidiando-os.

A criação dos núcleos e a nomeação dos membros impulsionaram um movimento importante nas instituições pela segurança do paciente, iniciando um processo de discussão e debate das normas sobre a política de segurança do paciente entre os membros dos núcleos e dos profissionais de saúde, configurando para a ergologia que os núcleos assumiram a dimensão gestonária das mudanças o trabalho que remete a uma recriação do meio, empreendida a partir do debate de normas vivenciada pelos trabalhadores.

A discussão a partir das dramáticas do uso de si, ampliou esse

novo olhar para o cuidado, mediada pelo compromisso dos membros dos núcleos, qualificados e preparados para responder aos desafios que mudanças requerem, marcada pelo caráter pluridisciplinar da equipe, com os saberes investidos e constituídos no campo do trabalho privilegiado pelas contradições e ambivalências específicas do trabalho na área da saúde e os desafios da contemporaneidade.

O debate da norma foi pauta presente em todo o processo de implantação, antes de tomar qualquer decisão o núcleo reuniu, ouviu, discutiu e decidiu com todos os trabalhadores envolvidos, os passos que ia tomar, essa metodologia foi fundamental para a elaboração do plano de segurança do paciente e as estratégias que foram implementadas para a segurança do paciente nos hospitais, em comum acordo, em decisões colegiadas, entendida pela ergologia como recriação do meio.

A estratégia prioritária dos núcleos de segurança foi a implantação da cultura de segurança do paciente, a escolha representou o marco gerador de mudanças, desencadeou reações e atitudes diferentes nos profissionais, de aceitação e de críticas, este aspecto é entendido como uso dramático de si por si e pelos outros.

As dramáticas do uso de si da ergologia nos remetem a história de todo processo de implantação, não prevista no início, algo que foi construído, no dia-a-dia. As críticas foram importantes, fomentavam a discussão e o conceito de cultura de segurança ia se fortalecendo, se consolidando e promovendo as mudanças planejadas, que foram acontecendo na dinâmica do trabalho.

A principal mudança constatada e confirmada pelos profissionais da saúde foi conceitual, a partir do entendimento sobre cultura de segurança do paciente. Esse processo começou a se concretizar quando a mudança gerou atitude, aderência confirmada pela práxis, na atividade diária, nas micro escolhas, na história real de cada profissional e da instituição.

As mudanças atitudinais e comportamentais dos profissionais deram-se no âmbito das relações interpessoais, na busca pelo diálogo e na comunicação entre os membros da equipe, com a gerência do setor de trabalho, com os pacientes particularmente e com a família, num permanente protagonismo dos núcleos de segurança. Neste sentido o uso de si por si deu-se pela relação com o uso de si pelos outros, o profissional da saúde, a equipe e os pacientes e os seus familiares, fazendo do trabalho uma realidade profundamente coletiva e individual, visto que é profundamente singular.

Essa mudança evidencia que a centralidade do cuidado volta-se ao paciente e a equipe multiprofissional está sensível, com nova postura,

com um novo olhar, com uma nova disposição e aberta a implementar as melhores práticas do cuidado em aderência ao projeto conduzido pelos núcleos de segurança.

Essa ressignificação e singularidade do processo de cuidado ocorreu pela articulação da cultura de segurança do paciente promovida pelo núcleo de segurança com os profissionais e toda equipe.

Outra estratégia planejada e executada pelos núcleos foi implantação dos protocolos de segurança do paciente. Essa ação permitiu que os protocolos de segurança do paciente fossem incorporados como uma prática rotineira do cuidado, promovendo por sua vez a prevenção e a redução dos eventos adversos. Isto implica uma compreensão ergológica, pois o trabalho não é só uma realização técnica ou mecânica, é, sobretudo, ambiente de vida, de aprendizagem e de confronto entre saberes.

Os protocolos de segurança do paciente foram por algum tempo assumidos como prática de prevenção e cuidado pela equipe de enfermagem, a implantação dos novos protocolos rompeu com esse ciclo, hoje ele é assumido por toda a equipe multiprofissional, todos são conscientes que os protocolos são importantíssimos no cuidado e que é dever de todos a sua aplicabilidade como medida de proteção mais segura contra os eventos adversos aos pacientes. O encontro de saberes, nesse processo de trabalho, gerou novos conhecimentos, abertura e espaços de aprendizagem na atividade pelo uso de si.

O estudo evidenciou, pela percepção da equipe multiprofissional e pelos dados informados pelo núcleo de segurança do paciente que, após a implantação dos protocolos de segurança do paciente, aumentou significativamente o índice das notificações dos eventos adversos e os protocolos foram assumidos como medida preventiva contra as lesões por pressão, quedas dos leitos, erros de medicação e infecções relacionadas a assistência. Isto permite inferir que a noção do trabalho prescrito, a tarefa, e o trabalho real, a atividade, se revestiu de singularidades no ambiente de trabalho realizado pela equipe.

Desta forma, os protocolos são as principais barreiras e medidas de segurança contra os eventos adversos com danos aos pacientes, implantados pelos núcleos nos hospitais.

O sistema de notificação dos eventos adversos foi outra estratégia importante implementada pelos núcleos de segurança. A divulgação e os constantes treinamentos promovidos pelos núcleos entre todos os membros da equipe possibilitaram mudar o conceito de que notificar representava ameaça para o trabalhador e risco de punição. Neste cenário, considera-se a tensão própria do ambiente de trabalho em saúde

que a ergologia entende por aderências e desaderências e que necessita de respostas pontuais verificadas como superação e essa constatação foi determinada pela mudança de mentalidade e o aumento das notificações permitiu chegar a conclusão que, a ameaça de punição está definitivamente superada, o que só foi possível pela forma como o núcleo conduziu esse processo, identificando o evento, onde ocorreu, sua origem, analisando a causa raiz, dando o feedback e treinando a equipe para a prevenção dos eventos adversos.

Analisar a causa raiz dos eventos adversos e encontrar a medida correta para dirimir gradualmente essa fragilidade, foi o caminho que o núcleo trilhou para assegurar e fidelizar os profissionais ao sistema de notificações, essa é uma estratégia que mostra a aderência pelo compromisso da equipe multiprofissional e do núcleo com a segurança do paciente, mas que pode se fortalecer e se consolidar ainda mais.

Os núcleos estão cumprindo com seus compromissos com a implantação de todas as medidas, entendidas como trabalho prescrito, para a promoção da segurança do paciente definidas nos planos, entretanto, persistem alguns desafios próprios do processo pela realização da atividade o trabalho real.

Apesar do sistema de notificação dos eventos adversos e dos protocolos de segurança do paciente serem uma realidade do sistema de cuidado hospitalar, o núcleo avalia que a adesão poderia ser maior, em razão da alta demanda de atendimento nos setores da clínica médica, clínica cirúrgica e unidade de terapia intensiva, isso permitiria uma avaliação mais objetiva dos eventos adversos e, por conseguinte, a identificação dos indicadores de qualidade do serviço de saúde. Esse é o constante debate das normas que ocorre no ambiente hospitalar, entre o trabalho real e o prescrito, pelas aderências e desaderências do trabalhador às normas instituídas, encontrando alternativas pela renormatização.

A fragilidade que requer atenção do núcleo de segurança e da gestão dos hospitais é a correta utilização das tecnologias disponíveis para a implementação do cuidado, resolutividade nas ações de reparo, manutenção e aquisição de novas tecnologias do cuidado.

A tecnologia que precisa ser implementada com maior urgência é o prontuário eletrônico. Um prontuário eletrônico solicitado pelos profissionais, entendido como importante ferramenta de controle, que seja completo e prático, tenha todos os dados do paciente e que permita a toda a equipe o acesso e o registro de suas ações junto aos pacientes.

O trabalhador quer realizar a sua atividade com segurança e com os meios disponíveis, a ergologia classifica esse poder investido como

real, inerente ao trabalhador, presente e necessário no cenário do trabalho e a instituição é convocada pelo trabalhador a colaborar com o processo.

O dado que emergiu no estudo como fortaleza e que tem contribuído significativamente para a implantação das medidas de segurança do paciente nos setores onde atuam é a formação dos profissionais.

Profissionais qualificados, preparados e comprometidos incorporam com mais efetividade e competência as mudanças, neste aspecto a ergologia contribuiu muito para a compreensão das dramáticas do uso de si por si e pelos outros, as aderências e desaderências e renormalizações que emergiram do estudo.

A instituição acertou na promoção da formação e qualificação profissional, o mestrado profissional e das residências que ocorrem concomitantes ao serviço da equipe multiprofissional capacitam os profissionais para intervirem com mais efetividade, objetividade, competência e qualidade na prestação do serviço e novamente a ergologia dá a sua contribuição ao compreender e analisar a atividade do trabalhador em saúde investido dos saberes constituídos e dos saberes investidos promovidos pela instituição de saúde.

Desta forma, o estudo permitiu responder aos objetivos propostos e a pergunta norteadora sobre as mudanças percebidas pela equipe multiprofissional após a implantação dos núcleos de segurança do paciente e a sua contribuição para a melhoria do cuidado nos hospitais universitários.

A ergologia cumpriu sua trajetória epistemológica no estudo, tendo em vista que na análise dos dados constatou-se o encontro das normas prescritas sobre segurança do paciente para os hospitais públicos, renormatizadas pelos núcleos de segurança criados e pelos saberes investidos e constituídos da equipe multiprofissional mediadas pelos dispositivos dinâmicos dos três polos.

Portanto, é possível afirmar que no cenário complexo da saúde pública brasileira, a instituição da Política Nacional de Segurança do Paciente e a criação dos núcleos de segurança do paciente em hospitais universitários contribuíram para ressignificar o desenvolvimento profissional, a promoção do cuidado com qualidade, a consolidação da cultura de segurança do paciente e a diminuição gradual e contínua dos eventos adversos, assumidos como valores pela equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia [Internet]**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. Disponível em: <<http://charlezine.com.br/wp-content/uploads/2011/11/Dicionario-de-Filosofia-Nicola-ABBAGNANO.pdf>>. Acesso em: 05 Ago. 2018.

ANDRADE, B. R. P. **O enfermeiro e o paciente em hemodiálise contínua na UTI**: o manejo da tecnologia na perspectiva da segurança. 2016. 156 f. Dissertação (Mestrado)- , Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883445>>. Acesso em: 7 jul. 2018.

ANDRADE, L. E. L. et al . Adaptação e validação do Hospital SurveyonPatientSafetyCulture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 455-468, set. 2017. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 6 de jul. 2018.

_____. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 161-172, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413>. Acesso em: 10 jul. 2018.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ) Advancing Excellence in Health Care, 2014, National Healthcare Quality and Disparities Report. Publication N. 15, 33 p. May 2015, Rockville. Disponível em: <www.ahrq.gov>. Acesso em: 01 set. 2018.

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**. v. 20, p. 344, p. 1-14, 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/34>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

ALMEIDA, U. R.; HECKERT, A. L. C.; BARROS, M. E. B. Nas trilhas da atividade: análise da relação saúde-trabalho de uma professora de educação física escolar. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, supl. 1, p. 245-263, 2011.

ANTONOFF, M. B. et al. Who's covering our loved ones: surprising barriers in the sign-out process. **Am. J. Surg.** v. 205, n. 1, p. 77-84, Jan. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51-e03243>>. Acesso em: 02 Out. 2018.

AMERICAN SOCIETY FOR HEALTHCARE RISK MANAGEMENT (ASHRM). American Hospital Association. An Overview of the Patient Safety Movement in Healthcare. **Plast Surg Nurs.** v. 26, n. 3, p. 116-120, quiz 121-122, Jul- -Sep. 2006. Disponível em: <<http://www.ashrm.org/>>. Acesso em: 15 out. 2018.

ARANAZ, J. M.; AGRA, Y. The culture of patient safety: From past to future in four stages. **Med. Clin. (Barc)**. v. 135, Suppl 1, p. 1-2, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477748>>. Acesso em: 22 out. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR ISO 31000**: 2010. Gestão de Riscos – Princípios e diretrizes. Rio de Janeiro: ABNT, 2010. Disponível em: <<https://gestravp.files.wordpress.com>>. Acesso em: 05 Set. 2018.

ATHAYDE, M.; BRITO, J. Ergologia e clínica do trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (Org.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. 258-281 p.

ATLAS.TI. ATLAS.ti Scientific Software Development Gmb H. Qualitative Data Analysis. Version 7.5.10. Berlin, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0350017.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2018.

BATALHA, E. M. S. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-411, Abr-Jun. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

BARRETO, S. H; Indicadores de avaliação da qualidade hospitalar e de satisfação do usuário. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador/BA, v. 40, Supl. 1, p. 98-108, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-859671>>. Acesso em: 16 Jul. 2018.

BERTO, A. M. et al. Acreditação hospitalar: uma complementaridade proveitosa para a gestão da produção”. **Sistemas & Gestão**, v. 12, n. 4, p. 447-461. Disponível em: <<http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/view/1155>>. Acesso em: 30 Set. 2018.

BERTOLINI, L. R. L. **A percepção da equipe de enfermagem de um hospital especializado sobre o seu processo de trabalho**. 2011. 132f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2011.

BERTONCINI, J. H. **Entre o prescrito e o real: renormalizações possíveis no trabalho da enfermeira na Saúde da Família**. 2011. 147f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2011.

BIANCO, M. F.; ALMEIDA, H. A. C. D.; BINDA, J. Análise do trabalho numa perspectiva singular de gestão: um estudo em diferentes Unidades de Saúde da Família. In: FERNANDES, S. C.; GOMES, E. B. F. (Org.). **Tecnologias de gestão e subjetividades: por uma abordagem multidisciplinar**. v. III. Vitória: EDUFES, 2012.

BOHRER, C. D. et al. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria/RS, v. 6, n. 1, p. 50-60, mar. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260>>. Acesso em: 4 Jul. 2018.

BOTECHIA, F.; ATHAYDE, M. Um regime de produção de saberes sobre o trabalhar e suas relações: a comunidade ampliada de pesquisa. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE

PSICOLOGIA SOCIAL, 14, 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_33.pdf>. Acesso em: 08 Set. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília /DF: Senado, 1988. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/pdf>>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 156, de 11 de agosto de 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/Professor/Downloads/RDC_n156_de_2006_Reprocessamento.pdf>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

_____. **Protocolos básicos de segurança do paciente (ANVISA)**. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 20 Jul. 2018.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – 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**, 26 jul. 2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File36_2013.pdf> Acesso: 20 de Out. 2018.

_____. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <www20.anvisa.gov.br>. Acesso em: 01 set. 2018.

_____. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Anvisa, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos.pdf>>. Acesso em 15 de Ago. 2018.

_____. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. **Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

_____. Relatório da Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2017 – REVISADO [Internet].

Brasília/DF: ANVISA/MS, 2018. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/459495/Relat%C3%B3rio+com+os+resultados+da+Autoavalia%C3%A7%C3%A3o+2017/8c243765-5190-46d2-a9ee-52f53cda2294>>. Acesso em: 11 out. 2018.

_____. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n. 01/2015, Revisada em 28 de agosto de 2018. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília/DF:

ANVISA/MS, 2018. Disponível em:

<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/it em/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-01-2015>>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. Rede Sentinela de Hospitais [Blog], 2018. Disponível em:

<<http://redesentinela-anvisa.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 15 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. .

Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2011.

Disponível em: <<http://www.mpsp.mp.br>>. Acesso em: 15 out. 2018.

_____. Portaria Nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br>>. Acesso em: 25 out. 2018.

_____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 02 abr 2013, Seção 1, n. 62, p. 43. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&>.> Acesso em: 10 Set. 2018.

_____. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 10 de julho de 2013, Seção 1, col. 3, p. 47. Disponível em:

<<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/255-legislacao?download=1292>> Acesso em: 10 Set. 2018.

_____. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: MS, 2014. 40 p. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

_____. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Protocolos Básicos de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília/DF: MS, 2016. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 19 out. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, nº 12, 2013, Seção 1, p. 59. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2018.

BRITO, J.; ARANHA, A. V. S. A construção metodológica na pesquisa sobre atividade de trabalho a partir da abordagem ergológica. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 85-101, jan./abr. 2011. Disponível em: <www.portal.fae.ufmg.>. Acesso em: 08 Set. 2018.

BRITO, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Org.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. 91-114 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>: Acesso em 10 de Set. 2018.

BROWN, D. S.; WOLOSIN, R. Safety culture relationships with hospital nursing sensitive metrics. **J. Healthc Qual.** v. 35, n. 4, p. 61-74, 2013. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-html>>. Acesso em: 15 Ago. 2018.

BURSTRÖM, L. et al. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. **BMC Health Serv. Res.** v. 14, art. 296, 2014. Disponível em:

<<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-296>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

CALDANA, G. et. Al., A rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis/SC, v. 24, n. 3, Jul./Sep. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 20 de Set. 2018.

CALDAS, B. N. **Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em hospitais públicos: uma avaliação qualitativa.** 2017. 240 f. Tese (Doutorado)- Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24097>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

CAMARGO, A. L.; FERREIRA, M. B. C.; HEINECK, I. Adverse drug reactions: a cohort study internal medicine units at a university hospital. **Eur. J. Clin. Pharmacol.**, Heidelberg, v. 62, n. 2, p. 143-149, Feb. 2006.

CAMPBELL, S. M. et al. Research methods used in developing quality indicators in primary care. **Qual. Saf. Health Care.** v. 11, p. 358-364, 2002. Disponível em: <<http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=488>>. Acesso em: 21 out. 2018.

CAMPOS, A. C. B.; ROSEMBRG, D. S. A ergologia como aporte teórico metodológico para análise coletiva do trabalho do bibliotecário. **Inf. Soc.: Est.** João Pessoa/PB, v. 27, n. 2, p. 7-17, maio/ago. 2017. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/viewFile/30935/pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION (CCHSA). **Patient Safety Canadian Performance Measures Consensus Survey: Summary Report for Participating Organizations.** Ottawa: Author, 2006.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf>>. Acesso em: 13 Set. 2018.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E. R.; CASSIANI, S. H. B. D. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 164-172, 2013. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/26538/24527>>. Acesso em: 19 Ago. 2018.

CARAYON, P.; WOOD, K. E. Patient safety - the role of human factors and systems engineering. **Stud. Health Technol. Inform.**, v. 153, p. 23-46, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057365/>>. Acesso em: 19 Ago. 2018.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Prevalência de interações medicamentosas em unidades de terapia intensiva no Brasil. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 150-157, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a08.pdf>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

CARVALHO, P. A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, Nov./Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf>. Acesso em: 15 Set. 2018.

CASTILLO, D. E. C. **Clima de segurança do paciente em um hospital de urgências.** 2018. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/8372>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

CASSIANI, S. H. B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n.1, p. 95-99, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a19.pdf>>.

Acesso em: 5 jul. 2018.

CEDRAZ, R.O. et al. Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Esc. Anna Nery** 2018;22(1):e20170252 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0252.pdf>. Acesso em: 10 Ago. 2018.

CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E A SEGURANÇA DO PACIENTE (PROQUALIS), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Taxonomia: Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) [slide]. Rio de Janeiro, RJ: PROQUALIS, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.proqualis.net/index.php>>. Acesso em: 20 Ago. 2018.

CHAKRAVARTY, B. A. A survey of attitude of frontline clinicians and nurses towards adverse events. **Med. J. Armed. Forces India**, v. 69, n. 4, p. 335-340, Oct. 2013. Disponível em: <[http://www.mjafi.net/article/S0377-1237\(13\)00013-0/fulltext](http://www.mjafi.net/article/S0377-1237(13)00013-0/fulltext)>. Acesso em: 10 set. 2018.

CLASSEN, D. C. Medical safety: moving from illusion to reality. **JAMA**, Chicago, v. 289, n. 9, p. 1154-1156, 2003.

COCHRANE, J. H. The sensitivity of Test of the Intertemporal Allocation of Consumption to Near-Rational Alternatives. **The American Economic Review**, v. 79, n. 3, p. 319-337, jun 1989. Disponível em: <<https://faculty.chicagobooth.edu/john.cochrane.pdf>>. Acesso em: 15 Out. 2018.

COHEN, M. M. et al. Implementing a hospital wide patient safety program for cultural change. **Jt. Comm. J. Qual. Saf.** Oakbrook Terrace, v. 30, n. 8, p. 424-431, Aug. 2004. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1549374104300481?via%3Dihub>>. Acesso em: 25 Out. 2018.

COMETTO, M. C. et al. (Orgs.) **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2011. 249 p.

CRESWELL, J. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa:**

escolhendo entre as cinco abordagens; trad. Sandra Mallmamnn da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. 341 p.

CRUZ, D. E. A. et al. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 23, n. 1, e50717, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50717/pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

CUNHA, D. M. Ergologia e psicossociologia do trabalho: desconforto intelectual, interseções conceituais e trabalho em comum. **Cad. Psicol. Social Trab.**, São Paulo, v. 17, Spe. 1, p. 55-64, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/80632/84285>>. Acesso em: 29 set. 2018.

CURIEL, E. V.; SHERIDAN, S. E.; ESPERATO, A. Participación de los pacientes en las estrategias de seguridad. In: COMETTO, M. C. et al. (Orgs.) **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2011. p. 81-98.

DALL'AGNOLL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999.

DEL CORONA, A. R. P. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul**. 2017. 224 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-27042018>>. Acesso em: 5 de out. 2018.

DIAS, D. S.; SANTOS, E. H.; ARANHA, A.V. S. Contribuições da ergologia para a análise da atividade de trabalho docente. **Rev. Eletrônica Educação**, v. 9, n. 1, p. 211-227, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14244/198271991202>>. Acesso em: 14 Out. 2018.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Path. Lab. Med.** Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, nov. 1990. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/The_seven_pillars_of_quality/367>. Acesso em: 10 set. 2018.

DURAFFOURG, J.; DUC, M.; DURRIVE, L. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.).

Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. 47-87 p.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz.

Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 47-67, 2011.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/03.pdf>>. Acesso em: 7 Set. 2018.

DURRIVE, L.; JACQUES, A. M. O formador ergológico ou

"Ergoformador": uma introdução à ergoformação. In: SCHWARTZ, Y.;

DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho & Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. p. 295-307.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Revisões temáticas: glossário da Ergologia. **Laboreal**, v. 4, n. 1, p. 23-28, 2008.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Diretrizes EBSERH para monitoramento e avaliação em segurança do paciente. Brasília, 2016. Vol. 1 Disponível em:

<<http://www.ebserh.gov.br/documents/695105/2749071+SEImanual+B%C3%A>>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. Diretrizes EBSERH para estruturação e funcionamento da vigilância epidemiológica hospitalar: manual básico. Brasília:

EBSERH/MS, 2017. v. 3. Disponível em:

<<http://www.ebserh.gov.br/documents/695105/2749071+SEImanual+B%C3%A>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

ELDER, N. C.; PALLERLA, H.; REGAN, S. What do family physicians consider an error? A comparison of definitions and physician perception. **BMC Family Practice**, London, v. 7, p. 73-81, 2006.

Disponível em: <<http://bmcfampract.biomedcentral.com>>. Acesso em: 30 Out. 2018.

EVANS, S. M. et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. **Qual. Saf. Health Care**.v. 15, n. 1, p. 39-43, Feb. 2006. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16456208>>. Acesso em: 22 out.

2018.

FIGUEIREDO, M. L. et al. Analysis of incidents notified in a general hospital. **Rev. Bras. Enferm.** [online], Brasília, v. 71, n.1, p. 111-119, Jan./Feb. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>>. Acesso em: 12 Set. 2018.

FIORETI, F. C. C. F.; MANZO, B. F.; MONTENEGRO, L. C. Uso de ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do paciente. **Rev. Enferm. UFPE Online**, Recife, v. 10, n. 11, p. 3883-3891, nov. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11469/13309>>. Acesso em: 15 Jul. 2018.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTENELE, L. C. et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 25, e2849, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oaid=281449566028>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acessado em: 13 out. 2018.

FORTES, M. T. R., **Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde**. 2013. 190f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br>>. Acesso em: 30 Set. 2018.

FRANÇA, M. B.; MUNIZ, H. P. A gestão coletiva dos serviços de saúde pública: uma perspectiva ergológica. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1: p. 201-221, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 06 jul. 2018.

FRANÇOLIN, M. et al., Gerenciamento da segurança do paciente sob a

ótica dos enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

FRIESE, S. **Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti**. 2. ed. London: Sage, 2014.

FROTA, M. A.; ROLIM, K. M. C. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem – Debatedor 1. **Enferm. Foco**. Brasília/DF, v. 7, n. Esp., p. 15-34, 2016. Disponível: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/issue/view/21>>. Acesso em: 10 out. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). O redesenho dos sistemas de cuidado para a segurança do paciente: a importância da abordagem sistêmica nas instituições. **Proqualis/Icict/Fiocruz**, 2014. Disponível em: <<http://proqualis.net.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

GALOTTI, R. M. D. **Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergências clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção**. 2003. Tese (Doutorado em Medicina – Emergências Clínicas) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

GANDHI, T. K. et al. Closing the loop: follow-up and feedback in a patient safety program. **Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.**, Oakbrook Terrace, v. 31, n. 11, p. 614-621, Nov. 2005.

_____; SEGER, D. L; BATES, D. W. Identifying drug safety issues: from research to practice. **Int. J. Qual. Health Care**. Oxford, v. 12, n. 1, p. 69-76, 2000.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3644366>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, Jun., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 13 Set. 2018.

GIMENES, F. R. E. **A segurança de medicamentos na administração de medicamentos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital geral do interior paulista**: abordagem restaurativa. 2011, 231p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 15 Out. 2018.

GOODMAN, D. BEVAN, G. **The Wennberg International Collaborative London School of Economics and Political Science**. September 14–15, 2010 network for investigators with active research or a high level of interest in studies of medical practice variation. Disponível em: <http://www.dartmouthatlas.org/downloads/international/WIC_web.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

GOUVÊA, C. Indicadores de segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EaD/ENSP, 2014. p.101-113.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1061-1078, jun, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 25 Out. 2018.

_____. C. S. D. **Desenvolvimento de indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. 270 f. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br>>. Acesso em: 22 de Out. 2018.

GRAJALES, R.A.Z. et al. La calidad y seguridad del paciente: elementos conceptuales. In: In: COMETTO, M. C. et al. (Orgs.)

Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2011. p. 139-164.

HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M.L. G; PEREIRA, S.R. **O Erro humano e a segurança do paciente.** São Paulo: Atheneu, 2006.

HENRIKSEN, K. et al. Understanding adverse events: a human factors framework. In: HUGHES, R. G. (Ed.). **Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses.** Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008. Chapter 5. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acesso em: 05 Jul. 2018.

HILLIN, E.; HICKS, R. W. Medication errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses. **Crit. Care Nurs. Clin. North Am.**, v. 22, n. 2, p. 191-196, Jun. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20541067>>. Acesso em: 26 set. 2018.

HOFMANN, D. A.; MARK, B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. **Personnel Psychology**, Washington, DC, v. 59, p. 847-869, 2006. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com>>. Acesso em: 25 Out. 2018.

HOLZ, E. B.; BIANCO, M. F. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 12, Edição Especial, artigo 6, Ago. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org>>. Acesso em: 30 set. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). População do Amazonas 2015. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=130260>>. Acesso em: 28 out. 2018.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). Introduction to trigger tools for identifying adverse events [Internet]. 2018. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/IntrotoTriggerToolsforIdentifyingAEs.aspx>>. Acesso em: 11 out. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on Quality on

Healthcare in America, Institute of Medicine. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century**. Washington, DC: The National Academies Press, 2001. Disponível em: <<https://www.nationalacademies.org>>. Acesso em: 19 Out. 2018.

_____. **Preventing medication errors**. Washington, DC: The National Academies Press, 2007. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar>> Acesso em: 19 Out. 2018.

JOINT COMMISSION. Sentinel event. 2011. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/sentinel_event.asp>. Acesso em: 14 de out. 2018.

KALISCH, B. J.; CURLEY, M.; STEFANOV, S. An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. **Journal of Nursing Administration**, Wakefield, v. 37, p. 77-84, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 26 out. 2018.

KELLEY, E.; HURST, J. **Health Care Quality Indicators Project: conceptual framework paper**. Paris: OECD Publishing; 2006. (OECD Health Working Papers, 23). Disponível em: <<https://www.oecd.org/els/health-systems/36262363>>. Acesso em: 11 out. 2018.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. editors. **To err is human: building a safer health system**. Washington D.C.: National Academy Press, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

KRÄHENBÜHL-MELCHER, A. et al. Drug-related problems in hospital: a review of the recent literature. *Drug safety, Private Bag*, v. 30, n. 5, p. 379-407, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17472418>>. Acesso em: 10 set 2018.

LEAPE, L. L. Errors in medicine. **Clin Chim Acta**.v. 404, n. 1, p. 2-5, Jun. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 22 Ago. 2108.

LEITE, H. J. D. **Vigilância sanitária em serviços de saúde: risco e proteção da saúde em serviços de hemodiálise**. 2007. 128f. Tese

(Doutorado)- Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia - UFB, Salvador, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br>>. Acesso em: 15 Out. 2018.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed, Florianópolis: UFSC/ Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, B. B. **Gestão do risco de queda em idosos: tecnologia e comunicação para a gestão do risco de queda em idosos na perspectiva dos enfermeiros**. 2016. 106 f. Dissertação (Mestrado Profissional)- Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2016. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/5918>>. Acesso em: 6 Jul. 2018.

LIMA, R. P. M.; MELLEIRO, M. M. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, 2013 abr/jun; 17(2): 312-321>Disponível em:<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/652>>. Acesso em: 9 de Jul. 2018.

LOBIONDO-WOOD, G.; HARBER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Tradução Ivone Evangelista Cabral. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 330 p.

LORENZETTI, J. et al. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto Contexto Enferm.** [online], Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-1112, Out.-Dez. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/714/71433508034>>. Acesso em: 12 Out. 2018.

LOURENÇO, L. G., FERREIRA JÚNIOR, C. J. Implantação do prontuário eletrônico do paciente no Brasil. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 44-52, 2016. Disponível em: <<https://singep.org.br/6singep/resultado/112.pdf>>. Acesso em: 15 Set. 2018.

LUIZ NETO, M. Administração de medicamentos no processo formativo dos profissionais da saúde da Universidade do Estado do Amazonas. Trabalho de conclusão de curso, do curso de enfermagem da UEA, 2007, Manaus. 122 pgs – Am. Disponível em:

<http://biblioteca.uea.edu.br/biblioteca/index.php>>. Acesso em: 15 de Jul. 2018.

LUIZ NETO, M. Incidentes críticos relacionados aos eventos adversos a medicamentos em uma clínica médica de um hospital público do Amazonas. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto, 2010. 189 p. Disponível em: <http://www5.usp.br/pesquisa/bibliotecas>>. Acesso em: 30 de Out. 2018.

MACEDO, T. R. et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Rev. Esc. Enferm. USP [Online]**. São Paulo, v. 50, n. 5, p. 756-762, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500756&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2018.

MACHADO, O. E. **Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva**: ambiente das práticas profissionais de Enfermagem na Saúde do Adulto. 2015. 259f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

MAINZ, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **Int. J. Qual. Health Care**. v. 15, n. 6, p. 523-530, Dec. 2003.

MALIK, A. M. Gestão da qualidade e segurança do paciente: ações e resultados. **Rev. Baiana Saúde Pública**. Salvador /BA, v. 40, Supl. 1, p. 86-97, jan./mar. 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859670>>. Acesso em: 7 jul.2018.

MANZANERA, R. et al. Implantación de buenas prácticas en calidad y seguridad: estudio descriptivo en una mutua laboral. **Rev. Calid Asist.** v. 31, n. 3, p. 168-172, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.10.002>>. Acesso em: 12 Out. 2018.

MARINHO, M. M.; RADUNZ, V.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da Cultura de Segurança pelas Equipes de Enfermagem de Unidades

Cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 581-590, Jul-Set. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71432144005.pdf>>. Acesso em: 10 Ago. 2018.

MASSOCO, E. C. P. **Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente**. 2012. 152f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-22082012-154853/pt-br.php>>. Acesso em: 12 Out. 2018.

MCGLYNN, E. A.; ASCH, S. M. Developing a clinical performance measure. **Am. J. Prev. Med.** v. 14, Suppl. 3, p. 14-21, 1998.

McLOUGHLIN, V. et al. Improving performance using indicators.Recent experience, in the United States, the United Kingdom and Australia. **Int. J. Qual. Health Care, Oxford**, v. 13, n. 6, p. 455-462, 2001. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/247a/bf9133c66c6c967b34a31214ae9db59081c1.pdf>> Acesso em: 19 de outubro de 2018.

MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2002. p. 113-150. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_12.pdf>. Acesso em: 10 Set. 2018.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: recomendações de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, Out-Dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>> Acesso em: 30 Ago. 2018.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int. J. Qual. Health Care**. v. 21, n. 4, p. 279-84, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 18 Out. 2018.

_____. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras. [Online]**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, Sept./Oct. 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 25 Out. 2018.

_____. Taxonomia em segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro, EaD/ENSP, 2014. p. 57-71. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 10 de Ago. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

_____. M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde, São Paulo: Hucitec, 8ª edição, 269 p. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; FIOCRUZ. O redesenho dos sistemas de cuidado para a segurança do paciente: a importância da abordagem sistêmica nas instituições. **Proqualis/Icict/Fiocruz**, 2014>Disponível em: <<http://proqualis.net/files.pdf>>Acesso em 10 set. 2018.

MINUZZI, A.P. et al .Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 121-129, Mar. 2016. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid >. Acesso em 12 de Julho 2018.

MONZANI, A. A. et al. A dificuldade dos enfermeiros frente aos relatos de incidentes. **Nursing**. v. 99, n. 8, p. 958-960, 2006. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/22730/2221>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

MOURA, M. M. N. et al. A implantação de um sistema de prontuário eletrônico em um hospital no Estado de São Paulo e sua contribuição para a segurança do paciente. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE GESTÃO DE PROJETOS, INOVAÇÃO E SUSTENTABILIDADE, VI (VI SINGEP); ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ESTRATÉGIA V (V ELBE), São Paulo/SP, 13 e 14/11/2017. **Anais...**, São Paulo/SP, 2017. Disponível em: <<https://singep.org.br/6singep>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

MUNIZ, H. P. Gestão e uso de si na atividade de profissionais de

enfermagem em um hospital universitário no Rio de Janeiro. **Ergologia**, Rio de Janeiro, n. 0, p. 23-38, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.ergologia.org/uploads/1/1/4/6/11469955/0._muniz.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2018.

NIE, Y. et al. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC Health Serv. Res.** v. 24, n. 13, art. 228, Jun. 2013. Disponível em: <<https://Bmchealthservres.Biomedcentral.Com/Track/Pdf/10.1186/1472-6963-13-228>>. Acesso em: 12 Out. 2018.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing: what it is and what is not.** New York: Appleton and Company; 1860. Disponível em: <http://onlinebooks.library.upenn.edu:1820-1910>> Acessado em: 13 Out. 2018.

NOUROUDINE, A. Como conhecer o trabalho quando o trabalho não é mais o trabalho?. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-83, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 30 de Jul. 2018.

NUNES, F. D. O.; BARROS, L. A. A.; AZEVEDO, R. M. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? **J. Res: Fundam. Care.** v. 6, n. 2, p. 841-847, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750622039.pdf>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

OLIVEIRA, M. C. R.; FRANZOI, N. L. Educação profissional, trabalho e produção de saberes **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 23, n. 3, p. 315-337, Set./Dez. 2015. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/index>>. Acesso em: 5 set. 2018.

OLIVEIRA, J. F. Gestão de Tecnologias da Informação e da Comunicação na Saúde: uma análise sobre o uso do prontuário eletrônico. **Interface**, Natal, v. 9, n. 1, p. 6-25, 2012. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/13366/gestao-de-tecnologias-da-informacao-e-da-comunicao>>. Acesso em: 6 Set. 2018.

OLIVEIRA, R. C.; CASSIANI, S. H. B. Characterization of the structure medication in teaching-hospitals: factors that interfere with the quality of care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão

Preto, v. 15, p. 224-9, 2007.>Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a06.pdf>>Acesso: em 30 de ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**: organizações prestadoras de serviços de saúde. Brasília: ONA. ISQUA; 2014. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/20/A-ONA>>. Acesso em: 3 Set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Aliança Mundial para a Segurança do Paciente [Internet], 2004 Disponível em: <<http://www.paho.org/bra>>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). V SEMINÁRIO INTERNACIONAL REDUÇÃO DE RISCOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE E A QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5472:investir-em-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 15 Out. 2018.

OTERO, M. J.; DOMINGUEZ-GIL, A. Acontecimientosadversios por medicamentos: uma patologia emergente. **FarmaciaHospitalaria**, Madrid, v. 24, p. 258-66, 2000.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 302-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>> Acesso em: 29 de Jul. 2018.

PAIXÃO, D. P. S. S. et al. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.71, Suppl. 1, p. 577-584, 2018. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>>. Acesso em: 13 set. 2018.

PENA, M. M; MELLEIRO, M. M. The root cause analysis method for the investigation of adverse events. **J. Nurs. UFPE on line**, Recife, v. 11, Suppl. 12, p. 5297-5304, Dec. 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25092>>. Acesso em: 7 Jul. 2018.

PETERLINI, F. L.; SAES, A. C. Culpa: cultura de não punição e accountability na assistência à saúde. In: FONSECA, A.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. (Org.). **Segurança do Paciente**. São Paulo (SP): Martinari, 2014. p. 31-44.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

PONTES, C.; SANTOS, E. Dilemas relativos às normas e valores vivenciados pelo sujeito na atividade do trabalho, na perspectiva ergológica. In: CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR EM SOCIAIS E HUMANIDADES, 3 - COINTER. Salvador, 08 a 10 de outubro de 2014. **Anais...** v. 2, n. 3, p. 294-309, 2014. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/19284422-Dilemas-relativos-as-normas-e-valores-vivenciados-pelo-sujeito-na-atividade-do-trabalho-na-perspectiva-ergologica.html>>. Acesso em: 21 Out. 2018.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 172p.

PORTO, T. A.; BIANCO, M. F. Produção Científica sobre os “Usos do Corpo-si”: uma contribuição analítica com foco na Ergologia. **Farol: Rev. Est. Org. Soc.**, v. 2, n. 5, p. 1101-1136, 2015. Disponível em: <<https://ergologie.hypotheses.org/459>>. Acesso em: 5 Set. 2018.

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**, v. 18, n. 3, p. 42-9, 2010>Disponível em:www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3pdf>Acesso: em 05 de agosto de 2018.

REASON, J. **Managing the risks of organizational accidents**. Aldershot: Ashgate, 1997. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br>>. Acesso em: 10 Jul. 2018.

REASON, J. T. Human error: models and management. **West J. Med.**

v. 172, n. 6, p. 393-396, Jun. 2000. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acesso em: 29 Out. 2018.

REASON, J. T. Human Contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries. Farnham: Ashgate, 2008. Disponível em:
<<https://psnet.ahrq.gov>>. Acesso em: 25 Out. 2018.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

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 [online]**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>>. Acesso em: 25 Out. 2018.

REIS, G. A. X. et al. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto Contexto Enferm. [online]**, Florianópolis, v. 26, n. 2, Art. e00340016, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e00340016.pdf>. Acesso em: 10 Set. 2018.

REIS, M. A. M. et al. Prevalência e significância clínica de interações fármaco-nutrição enteral em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm. [online]**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 85-90, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.2014001>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

ROSSANEIS, M. A. et al. Indicadores de qualidade da assistência: opinião de enfermeiros gerentes de hospitais de ensino. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 20, n. 4, p.798-804, 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41734>>. Acesso em: 20 set. 2018.

RUNCIMAN, W. B. Shared meanings: preferred terms and definitions for safety and quality concepts. **Med. J. Aust.**, Sidney, v. 184, n. 10 Suppl., p. S41-S43, May. 2006. Disponível em: <https://www.mja.com.au/system/files/issues/184_10_150506/run11055>

_fm.pdf>. Acesso em: 30 Set. 2018.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **Int. J. Qual. Health Care**. Oxford, v. 21, n. 1, p. 18-26, Feb. 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content>>. Acesso em: 30 Set. 2018.

SANTOS, Z. M. S. A. **Tecnologias em saúde**: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado. Fortaleza: EdUECE, 2016. Disponível em: <<http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Ebook>>. Acesso em: 5 out. 2018.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 49, n. Spe, p. 123-130, Dec. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>>. Acesso em: 10 Jul. 2018.

SARGES, N. A.; SANTOS, M. I. P. O.; CHAVES, E. C. Evaluation of the safety of hospitalized older adults as for the risk of falls. **Rev. Bras. Enferm. [online]**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 860-867, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0098>>. Acesso em: 20 Jul. 2018.

SARTOR, G. D.; SILVA, B. F.; MASIERO, A. V. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. **Cogitare Enferm.** Paraná, v. 21, n. Esp, p. 01-08, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45644>>. Acesso em: 3 out. 2018.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 3. ed. New York: Wiley, 2004. Disponível em: <http://www.untag-smd.ac.id/files/Perpustakaan>>. Acesso em: 27 Out. 2018.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade**. 2006. 232f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

_____; PIRES, E. P.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, Ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 Out. 2018.

_____. et al. Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de Hospitais Universitários na Argélia, Brasil e França. **Ciênc. Saúde coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2265-2276, Jul. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08762018>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-140, dez. 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73301998000400004>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

_____. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul./dez 2000.

_____. Produzir saberes entre aderência e desaderência. **Rev. Educ. Unisinos**. v. 13, n. 3, p. 264-273 set./dez. 2009. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/view/4959>>. Acessado em: 2 out. 2018.

_____. Disciplina epistêmica, disciplina ergológica - paidéia e politeia. **Pro-Posições**, (Unicamp), v. 13, n. 1, p. 126-149, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.proposicoes.fe.unicamp.br>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

_____. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro/RJ, v. 9, Supl. 1, p. 19-45, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1981-77462011000400002>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

_____; DURRIVE, L. **Travail et ergologie**: entretiens sur l'activité humaine. Toulouse: Octarès Éditions, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 05 Set. 2018.

_____; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a

atividade humana. Niterói: EdUFF, 2010.

_____; DUC, M.; DURRIVE, L. A linguagem em trabalho. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. p. 131-148.

SCOBIE, S. et al. Measurement of the safety and quality of health care. **Med. J. Aust.** v. 184, n. 10, p. S51-S55, 2006. Disponível em: <<https://www.mja.com.au>>. Acesso em: 22 de Out. 2018.

SERRA, J. N.; BARBIERI, A. R.; CHEADE, M. F. M. Situação dos hospitais de referência para implantação/ funcionamento do núcleo de segurança do paciente. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 21, n. Esp., p. 01-09, 2016. Disponível em: <<https://Revistas.Ufpr.Br/Cogitare/Article/View/45925>>. Acesso em: 4 Set. 2018.

SILVA, A. C. A. B.; SANTA ROSA, D. O. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm.**, Curitiba/PR. v. 21, n. 5, 01-10, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/45583/pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2018.

SILVA, J. A.; SANTOS, C. M. A atividade de trabalho sob a perspectiva ergológica de Yves Schwartz. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, XX – XX SEMEAD, São Paulo, 08 a 10 de novembro 2017. **Anais**, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://login.semead.com.br/20semead/arquivos/143.pdf>>. Acesso em: 16 Set. 2018.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. spe, e68271, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500413&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 Jul. 2018.

SORATTO, J. **Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da estratégia de saúde da família**. 2016. 241f. Tese (Doutorado) – Program de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, 2016. Disponível em:

<<http://tede.ufsc.br/teses/PNFR0940-T.>>. Acesso em: 11 Set. 2018.

SOUZA, E. M.; BIANCO, M. F. A Ergologia - uma alternativa analítica para os Estudos do Trabalho. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE SOCIOLOGÍA DEL TRABAJO, 5., 2007, Montevideo. **Anais**. Montevideo: ALAST, 2007 Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 de Set. 2018.

SOUZA, L. O. et al. O uso de protocolos de segurança do paciente nas instituições hospitalares. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 19, n. 1, p. 70-77, Jan.-Mar. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/17720/12146>>. Acesso em: 21 Out 2018.

SOUZA, M. C.; TOMAZELLI, R.; VASCONCELOS, C. R. M. Prontuário eletrônico: um determinante no gerenciamento de cliente/paciente em um sistema de informação hospitalar. **Rev. Espacios**. São Paulo, v. 37, n. 14, [17 p.], 2016. Disponível em: <<http://www.revistaespacios.com/a16v37n14/16371423>>. Acesso em: 10 set. 2018.

SPENCER, E.; WALSH. K. Strategies: literature and interview summary. *Quality Improvement Strategies in Healthcare systems of the European Union*. April, 2005. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/>>. Acesso em: 25 Out. 2018.

_____. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. **Qual. Safety Health Care**, v. 18, Suppl I, p. i22-i27, 2009. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com>>. Acesso em: 27 Out 2018.

STEINMAN, M. et al .Impacto da telemedicina na cultura hospitalar e suas consequências na qualidade e segurança do cuidado. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 580-586, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000400580&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2018.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Root cause analysis of falling accidents and medication errors in hospital. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 100-107, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103>.

Acesso em: 11 jul. 2018.

THOMAS, A. N.; PANCHAGNULA, U. Medication-related patient safety incidents in critical care: a review of reports to the UK National Patient Safety Agency. **Anaesthesia**. v. 63, n. 7, p. 726-733, Jul. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

TRES, D. P. et al. qualidade da assistência e segurança do paciente: avaliação por indicadores. **Cogitare Enferm**. v. 21, n. Esp, p. 01-08, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br>>. Acesso em: 05 Set. 2018.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, EaD/ENSP, 2014. p. 39- 56. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br>>. Acesso em: 30 Out. 2018.

TRINQUET, P. Trabalho e Educação: o método ergológico. **Rev. HISTEDBR**, Campinas, v. 10, n. Esp., p. 93-113, ago. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf>. Acesso em: 07 Set. 2018.

TURATO, E. R., Métodos quantitativos e qualitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

_____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 668 p.

URBANETTO, J. S.; GERHARDT, L. M. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa [Editorial]. **Rev. Gaúcha Enferm**. v. 34, n. 3, p. 8-9, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a01v34n3.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2018.

VALENTIN, A. et al. Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. **Intensive Care Med.**, New York, v. 32, n. 10, p. 1591-1598, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 15 de Out. 2018.

VEILLARD, J. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. **Int. J. Qual. Health Care**. v. 17, n. 6, p. 487-496, Dec. 2005. Disponível em: <<http://pathqualityproject.eu>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

VIANA, A. L. D. et al. Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e de investigação. **Lua Nova**. São Paulo, v. 83, p. 41-77, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos>>. Acesso em: 14 Set. 2018.

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Lancet**, p. 90-102, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 15 Set. 2018.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente**: orientações para evitar eventos adversos. Trad. Rogério Luiz Rocha Videira. São Caetano do Sul (SP): Yendis , 2010. 324 p.

VOGUS, T. J.; SUTCLIFFE, K. M. The impact of safety organizing, trusted leadership, and care pathways on reported medication errors in hospital nursing units. **Medical care**, Philadelphia, v. 45, p. 997-1002, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 26 Out. 2018.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, [8telas], may-jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf>. Acesso em: 15 out 2018.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

WILD, C. L. D. T. Divergências entre a decisão pericial previdenciária em âmbito administrativo e judiciário. **Saúde, Ética & Justiça**. v. 19, n. 2, p. 60-66, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606>>. Acesso em: 02 Nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <www.who.int/.../icps/icpsreportes.pdf>. Acesso em: 30 Set. 2018.

_____. Quality of care: patient safety – report by the secretariat. Geneva: WHO Document Production Services, 2002. Disponível em: <<https://scholar.who.com.scholar>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

_____. Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition. World Health Organization, 2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ESTUDO DOCUMENTAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM ROTEIRO DE ESTUDO DOCUMENTAL

1) DOCUMENTOS DA GESTÃO, DO NSP, CCIH:

- a) Portaria de criação e nomeação do NSP;
- b) O planejamento estratégico para a implantação do NSP;
- c) As ações desenvolvidas para a elaboração do PSP;
- d) O planejamento da implantação dos protocolos de segurança do Paciente;
- e) Levantar as atas dos registros das reuniões com as decisões tomadas sobre as ações implementadas pelo núcleo;
- f) Registro das notificações dos eventos adversos com danos aos pacientes;
- g) Avaliação dos protocolos implantados;
- h) Registros dos índices de infecção hospitalar;
- i) Registros das decisões tomadas quando o profissional comete um evento adverso com dano ao paciente;
- j) Registro das decisões tomadas quando um profissional sofre um acidente de trabalho;
- l) Registro das ações de educação em saúde, continuada e permanente (cursos, especializações, semanas, jornadas, encontros, simpósios, mestrado, doutorado) *strictu, lato sensu* e outros, para os profissionais do serviço hospitalar.

2) JUNTO AO PROFISSIONAL

Levantar com os profissionais de cada categoria, os documentos que fazem parte da sua rotina diária de trabalho (um de cada profissão) e listar documentos de uso cotidiano no setor hospitalar que trabalha:

APÊNDICE B: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Acompanhar a rotina geral dos profissionais em seus respectivos setores de trabalho. A observação das atividades deverá ser feita com foco nos aspectos observáveis descritos abaixo:

Data: ___/___/___

Local: _____

Hora de início: ___:___ h e de término: ___:___ h.

Aspectos observáveis <i>in loco</i>
Estrutura / Instalações:
Equipamentos:
Processo de trabalho da equipe:
Intercorrências:
Sistema de notificação: EA / GR
Funcionamento do Prontuário Eletrônico
Sistematização da Assistência de Enfermagem
Outras observações que serão colhidas <i>in loco</i>

APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.

Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

1. Identificação/codinome: ____
2. Idade:
3. Sexo:
4. Profissão:
5. Atuação na equipe do NSP:
 - () 1 ano
 - () 2 anos
 - () 3 anos
6. Tempo de trabalho no hospital: ____ anos
7. Escolaridade:
 - () Graduação
 - () Especialização/Residência na área de:
 - () Mestrado na área de:
 - () Doutorado na área de:
 - () Pós doutor (a)
8. Tempo de experiência profissional:
 - 8.1 Tempo de experiência na profissão:
 - () até 1 ano () de 1 ano até 5 anos () mais de 5 anos
 - 8.2 Tempo de exp. profissional na área de atuação profissional:
 - () até 1 ano () de 1 ano até 5 anos () mais de 5 anos
9. Tipo de contrato e Jornada de trabalho:
 - Jornada de trabalho no hospital:
 - Possui outro emprego (contrato de trabalho ou trabalho autônomo)?
 - Horas diárias trabalhadas no outro/os emprego/os:
 - Jornada semanal total:

Parte II – Entrevista semiestruturada

1. Como se deu a implantação do PSP e do NSP em seu hospital, qual foi a sua participação nesse processo?
2. Na sua percepção, que mudanças foram geradas com a implantação do NSP nas áreas da gestão, liderança, da equipe e individualmente?
3. Que ações foram desenvolvidas para criação e a promoção da: cultura de segurança, do sistema de notificação, da gestão de risco e dos eventos adversos?
4. Você percebe alguma transformação, adesão ou resistência das pessoas com a criação do NSP?
5. A segurança é centrada no paciente, ela é estimulada, como se dá?
6. A comunicação dos profissionais com os pacientes e entre a equipe se dá de que forma, após a implantação do NSP?
7. Foram implantadas tecnologias como: o prontuário eletrônico, os protocolos de segurança do paciente, software de gestão, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e como eles ajudam na assistência aos pacientes?
8. Quais são os indicadores de qualidade e segurança que estão direcionando a assistência e o cuidado e são utilizados pelo NSP?
9. Existe um sistema de medicação no hospital, qual? Descreva o funcionamento do sistema de medicação do hospital?
10. De que forma a segurança do paciente é um assunto discutido com os funcionários que trabalham na central de material esterilizado, lavanderia hospitalar, com a equipe da limpeza geral, com os agentes administrativos, secretaria, almoxarifado, e com os agentes ecológicos (coletores dos resíduos hospitalares)?
11. Gostaria de dizer algo mais para contribuir com a pesquisa?

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “Implantação dos núcleos de segurança do paciente em hospitais escola sob a perspectiva dos profissionais de saúde: uma análise à luz da ergologia”. O objetivo da pesquisa é avaliar a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em dois hospitais universitários da Região Sul e Norte do Brasil.

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e serão utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: 1) um roteiro para a observação Participante com um diário de campo (notas de campo) orientador para a observação dos participantes da pesquisa; 2) um roteiro semi-estruturado para entrevista, que será registrada com o auxílio de um gravador de áudio; 3) o Grupo Focal com os membros do NSP a para análise das pré-categorias relevantes colhidas nas entrevistas; e 4) Análise Documental de todos os registros do NSP e das normas operacionais vigentes.

A sua participação envolverá riscos mínimos pelo caráter interacional da coleta de dados que poderá incorrer em possíveis desconfortos restritos a problemas de comunicação, entretanto, você tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

A sua participação trará benefícios para o setor saúde, de modo a permitir uma compreensão das mudanças geradas com a criação dos NSP para melhorias da assistência a saúde com maior qualidade.

Os materiais fruto da coleta de dados ficarão armazenados com o pesquisador por cinco anos e após esse período serão destruídos e/ou deletados.

Esta pesquisa está sendo orientada pela Profa. Dra. Francine Lima Gelbeck, pesquisadora do grupo PRÁXIS, do Departamento de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e desenvolvida pelo Prof. M.Sc. Manoel Luiz Neto da Universidade do Estado do Amazonas.

Acreditamos que, através da análise da implantação dos núcleos de segurança do paciente, poderão ser propostas ações no sentido de otimizar as boas práticas que já ocorrem e/ou corrigir possíveis problemas que interferem nos processos dos trabalhadores em saúde nos hospitais. E, também, através da identificação das lacunas a respeito do tema, poderão ser propostos e realizados treinamentos específicos, de acordo com as demandas destes profissionais e do serviço, tendo possibilidade, assim, de ocorrer à maximização de competências profissionais.

Para participar deste estudo o (a) Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o senhor (a) tem assegurado o direito a indenização. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento livre e esclarecido encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no endereço citado ao final deste termo e a outra será fornecida ao senhor (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo as Diretrizes e Normas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____
_____, portador do documento de
identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da
pesquisa intitulada “Implantação dos núcleos de segurança do paciente
em hospitais escola sob a perspectiva dos profissionais desáude: uma
análise à luz da ergologia”, de maneira clara e detalhada e esclareci

minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Declaro ter compreendido as informações oferecidas pelos pesquisadores e auxiliares de pesquisa, estando ciente dos objetivos e benefícios dessa pesquisa. Concordo com a publicação dos dados que tenham relação com o estudo e aceito que os mesmos sejam inspecionados por pessoas autorizadas pelo pesquisador.

Florianópolis/Manaus, _____ de _____ de 201__

Assinatura participante

Data

Assinatura pesquisador

Data

Esta pesquisa está sendo orientada pela Profa. Dra. Francine Lima Gelbeck, pesquisadora do grupo PRÁXIS, do Departamento de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina UFSC e desenvolvida pelo Prof. M.Sc. Manoel Luiz Neto da Universidade do Estado do Amazonas UEA. Caso necessite de maiores informações contate-nos por telefone 92 - 3302-4386 / 8122-2727 ou por e-mail: manoel.luiz@posgrad.ufsc.br / manoelluiz_netto@hotmail.com - Endereço: Av. Ephigênio Sales, nº 2240, Ap. 61, bloco Nassau, bairro Aleixo. CEP: 69.060-020 – Manaus – Am.

Em caso de dúvidas, relacionadas aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina Telefone: (48) 3721-9206 Email: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B - PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA


PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
I. RECURSOS HUMANOS: M.Sc. Manoel Luiz Neto ¹ (pesquisador responsável), Prof ^a Dra. Francine Lima Gelbcke ² (pesquisador orientador).
II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES - Elaboração protocolo: 1 - Avaliação do protocolo: 3 - Coleta de dados: 1 e 2 (seguirá os critérios previstos no protocolo e será realizada na modalidade duplo-cego) - Seleção dos estudos (duplo-cego): 1 e 2 - Checagem dos dados coletados: 1, 2 e 3 - Avaliação crítica dos estudos com base no objetivo proposto: 1 - Síntese dos dados: 1 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2 e 3 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 1, 2 e 3 - Revisão final a partir de sugestões do orientador: 1 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1 e 2 * Os números relacionam-se ao nome dos pesquisadores apresentados no item I.
III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO Profa.M.Sc. Lara Vandresen
IV. PERGUNTA - Do que tratam os estudos atuais sobre as estratégias de segurança do paciente em hospitais públicos brasileiros?
V. OBJETIVO: Identificar, na literatura, quais estratégias são utilizadas pelos hospitais brasileiros, para implementar a segurança dos pacientes.
VI. DESENHO DO ESTUDO: Pesquisa exploratório-descritiva de base documental, de natureza qualitativa, em que será utilizado estudo duplo-cego, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (Ganong, 1987). As etapas serão conduzidas a partir: 1) Escolha da pergunta de pesquisa; 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; 3) Seleção da amostra; 4) Inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do Microsoft Word; 5) Análise dos resultados, identificando diferenças e conflitos; 6) Discussão e análise dos resultados; 7) Apresentação do estudo em forma de manuscrito científico.
VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: a) trabalhos publicados no formato de artigos científicos completos (artigos originais, revisões sistematizadas, relatos de experiências, ensaios teóricos, reflexões); b) teses e dissertações; c) estudos que contenham as palavras chaves listadas neste protocolo no

resumo e/ou no título, e estejam publicados nos idiomas: português, inglês e espanhol, no período de 2010 a 2017, na forma completa pelo acesso via UFSC e UEA. d) trabalhos cujo objetivo geral e/ou específicos refere-se explicitamente ao objeto de estudo;

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: a) publicações na forma de cartas, resenhas e editoriais; b) publicações do tipo: livros, capítulos de livros, documentos governamentais, boletins informativos; c) estudos que não estão disponibilizados online na íntegra para análise; d) estudo fora do período de interesse; e) Estudos duplicados.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA: (Pesquisa avançada) Serão utilizados os seguintes termos baseados no DeCS/BVS: seguridad del paciente and hospitales brasileños; seguridad del paciente and estratégias and hospital; seguridad del paciente and estrategias hospitalares and Brasil. **No Portal CAPES** segurança do paciente and hospitais públicos and Brasil; segurança do paciente and estratégias and hospitais públicos and Brasil e **PUBMED** ("patient safety"[MeSHTerms] OR ("patient"[All Fields] AND "safety"[All Fields]) OR "patient safety"[AllFields]) AND Brazilian[All Fields] AND ("hospitals"[MeSH Terms] OR "hospitals"[All Fields]) AND strategies[All Fields].

X. COLETA DOS DADOS A busca pelas publicações será realizada com o acesso às bases de dados supracitadas, pelos pesquisadores responsáveis e pelo pesquisador (a) colaborador (a), separadamente na modalidade duplo-cego. Os dados obtidos pelos pesquisadores passarão pelas etapas de seleção e checagem. A via de acesso será a UFSC, considerando-se os limites definidos. Todos os trabalhos encontrados serão submetidos à próxima etapa deste protocolo.

XI. CAPTAÇÃO DOS TRABALHOS Após a busca dos artigos nas bases de dados supracitadas será feita a leitura do título e do resumo, os trabalhos que atenderem os objetivos propostos pelo estudo serão submetidos à etapa seguinte do estudo.

XII. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS Para análise dos estudos será realizada a leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo deste estudo. Para seguir as diretrizes da Revisão Integrativa, os achados serão organizados em uma tabela no Microsoft Word e analisados a partir das categorias identificadas. Dentro de cada categoria os dados serão agrupados por similaridade de ideias, para a elaboração de uma síntese. Esta avaliação seguirá o modelo analítico de Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura.

XIII. INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES/CATEGORIAS DE ANÁLISE: Ano de publicação Título , Autor(es), Periódico, Estado/País, Descritores ou Palavras-chave, Base de dados de localização dos artigos, Natureza da pesquisa, Referencial teórico, Objetivo do estudo, Método, Temática dos artigos, Resultados ou Principais contribuições do estudo, Observações.

XIV. DIVULGAÇÃO O manuscrito será encaminhado para revista a ser escolhida pelos pesquisadores.

XIV. CRONOGRAMA 2018

ATIVIDADE / PERÍODO	Junho	Julho	Ago
Elaboração protocolo	X		
Validação protocolo	X		
Busca dos estudos		X	
Seleção dos estudos		X	
Organização dos estudos em tabela			X
Avaliação crítica dos estudos			X
Análise dos dados coletados			X
Discussão e Conclusões			X
Elaboração artigo Revisão Integrativa			X
Finalização do Artigo			X
Encaminhamento do manuscrito para periódico			

XV. REFERÊNCIAS: GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. Rev. Nurs Health, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3644366>>. Acesso em: 01 junho 2018.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>>. Acesso em: 01 junho de 2018.

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS ESCOLA SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE À LUZ DA ERGOLOGIA.

Pesquisador: Francine Lima Gelbcke

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 68954517.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.281.405

Apresentação do Projeto:

Trata o presente projeto de uma pesquisa orientada pela Profa. Dra. Francine Lima Gelbeck, pesquisadora do grupo PRÁXIS, do Departamento de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e desenvolvida pelo Prof. M.Sc. Manoel Luiz Neto da Universidade do Estado do Amazonas. É um projeto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, onde a pesquisadora Francine Lima Gelbcke, assina a folha de rosto como pesquisadora responsável juntamente com a Profa Dra Jussara Gue Martini, coordenadora do programa de Pós Graduação em Enfermagem. O presente estudo vai analisar as principais mudanças após a implantação dos núcleos de segurança do paciente nos Hospitais Universitários a partir da percepção dos profissionais de saúde. Quanto a sua natureza, trata-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa com delineamento exploratório-descritivo, conduzida pelo referencial teórico metodológico da ergologia. O estudo será realizado em dois Hospitais Universitários Federais Brasileiros: o Hospital Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas - HUGV/UFAM, situado na Região Norte, e o Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC, na Região Sul. A amostra do estudo será intencional composta pelos subgrupos dos profissionais dos dois hospitais que atuam nos NSP e nas CCIHs. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados, Observação Participante com um

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.281.405

diário de campo, roteiro orientador para a observação dos participantes da pesquisa; entrevista semiestruturada, que será registrada com o auxílio de um gravador de áudio; o Grupo Focal com os membros do NSP a partir das pré-categorias relevantes colhidas nas entrevistas; e Análise Documental de todos os registros do NSP e das normas operacionais vigentes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os aspectos estruturais, organizacionais e assistenciais com a implantação dos núcleos de segurança do paciente nos Hospitais Universitários a partir da percepção dos profissionais de saúde sob a perspectiva da ergonomia.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a estrutura organizacional e o processo de trabalho dos Hospitais Universitários que implantaram o núcleo de segurança do paciente;
- Identificar as mudanças que foram observadas nas atividades laborais, na gestão de riscos, nas notificações dos eventos adversos, na cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde que atuam nos Núcleos de Segurança do Paciente à luz da ergologia e do referencial teórico e legal da segurança do paciente;
- Comparar o processo de implantação dos Núcleos de Segurança do paciente e suas contribuições na organização do trabalho nos hospitais investigados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Na abordagem ergológica estão previstas entrevistas e durante as mesmas os participantes poderão sentir algum desconforto relacionado às atividades que ele realiza ou deixa de realizar; na observação participante os observados poderão apresentar algum incômodo com a presença do pesquisador que irá anotar as atividades que estão sendo realizadas e durante o grupo focal poderá haver divergências de opiniões levando a discussões entre os participantes.

Benefícios:

O estudo reveste-se de benefícios aos: trabalhadores da saúde ao identificar se as estruturas e as condições de trabalho realmente estão sendo observadas após a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente e dos Núcleos de Segurança do Paciente e principalmente aos usuários do sistema de saúde público com a implantação de práticas seguras para diminuição dos eventos adversos relacionados aos cuidados de saúde oferecidos a população.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefons: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.281.405

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa encontra-se adequadamente instrumentalizada do ponto de vista teórico e apresenta relevância científica. Apresenta a documentação para a tramitação junto ao CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO - apresentada e assinada pela coordenadora da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina;

ANUÊNCIA - apresentada e assinada pelas instituições participantes;

DECLARAÇÕES - Declaração(ões) do(s) responsável(is) legal(is) pela(s) instituição(ões) onde a pesquisa será realizada, autorizando-a nos termos da resolução 466/12;

TCLE - Apresenta TCLE adequado atendendo todas as exigências da resolução 466/12;

CRONOGRAMA - Cronograma previsto para iniciar em Outubro de 2017, após aprovação do CEP/SH;

ORÇAMENTO - apresentado e sendo financiamento próprio.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_886096.pdf	23/08/2017 10:24:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclenovo.docx	23/08/2017 10:24:14	Francine Lima Gelbocke	Aceito
Outros	respostapendencias.docx	23/08/2017 10:23:54	Francine Lima Gelbocke	Aceito
Cronograma	novocronograma.docx	17/07/2017 09:21:59	Francine Lima Gelbocke	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	20/06/2017 11:13:05	Francine Lima Gelbocke	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** csp.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.281.405

Folha de Rosto	folhafrancine.pdf	20/06/2017 10:56:41	Francine Lima Gelbocke	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaraderespon.pdf	29/05/2017 10:06:43	Francine Lima Gelbocke	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declar.pdf	29/05/2017 10:05:47	Francine Lima Gelbocke	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.docx	08/05/2017 10:12:59	Francine Lima Gelbocke	Aceito
Outros	coleta.docx	08/05/2017 10:11:12	Francine Lima Gelbocke	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.jpg	08/05/2017 10:10:06	Francine Lima Gelbocke	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declar.doc	08/05/2017 10:04:42	Francine Lima Gelbocke	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto.docx	08/05/2017 10:01:52	Francine Lima Gelbocke	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 18 de Setembro de 2017

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br