

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE - UNIPLAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE**

GIORDANA DUTRA SARTOR

**ANÁLISE DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS DE
GRANDE PORTE DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**LAGES-SC
2016**

GIORDANA DUTRA SARTOR

**ANÁLISE DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS DE
GRANDE PORTE DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC.

Orientador(a): Profa. Dra. Anelise Viapiana Masiero

Coorientador(a): Profa. Dra. Bruna Fernanda Silva

**LAGES-SC
2016**

Ficha Catalográfica

S251a Sartor, Giordana Dutra.
Análise da segurança do paciente em hospitais de grande porte do Estado de Santa Catarina / Giordana Dutra Sartor. -- Lages (SC), 2016.
153p.

Catarinense. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto
Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.
Orientadora: Anelise Viapiana Masiero.
Coorientadora: Bruna Fernanda Silva.

1. Pacientes - medidas de segurança. 2. Hospitais - medidas de segurança. I. Masiero, Anelise Viapiana. II. Silva, Bruna Fernanda. III. Título.

CDD 610.289

FOLHA DE APROVAÇÃO

Giordana Dutra Sartor

"Análise da Segurança do Paciente em Hospitais de Grande Porte do Estado de Santa Catarina"

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca examinadora para a obtenção do Título de:

MESTRE EM AMBIENTE E SAÚDE

e aprovada em 23 de março de 2016, atendendo as normas e legislações vigentes na Universidade do Planalto Catarinense, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ambiente e Saúde.

Banca examinadora:

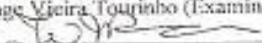
Dra. Anelise Viapiana Masiero
(Orientadora):



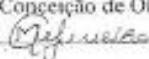
Dra. Bruna Fernanda da Silva
(Coorientadora):



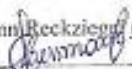
Dra. Francis Solange Vieira Tourinho (Examinadora Externa Titular - UFSC):



Dra. Maria Conceição de Oliveira (Examinadora Externa - UFFS):



Dra. Juliana Cristina Lessmann Beckziog (Examinadora PPGAS/UNIPLAC):



Dra. Pedro Boff (Examinador PPGAS/UNIPLAC Suplente):

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos profissionais da saúde que, com perseverança e esforço, devotam-se a aprender e trilhar novos caminhos em busca da segurança do paciente. Que essa caminhada nos permita compreender a natureza falível do ser humano, e que na reflexão coletiva sobre os erros cometidos, possamos encontrar a fonte das soluções às nossas fragilidades, anseios e inquietações.

Dedico a vocês, queridos pacientes, este estudo cultivado com tanto cuidado e amor. Que meu trabalho possa contribuir pela qualidade de vida das pessoas, protegendo-as dos riscos nos momentos delicados da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, essência espiritual que guia meus passos e me faz crer e admirar a beleza da natureza e a força da vida.

Agradeço aos meus familiares, pelo apoio às minhas decisões e incentivo ao estudo desde muito cedo. Belas flores não nascem ou crescem sozinhas, precisam do apoio umas das outras, de cuidado, proteção, zelo e amor. A vocês toda a minha gratidão.

Agradecimento especial ao meu esposo e amigo Alexandre, por compartilhar tantos anos de vida e momentos felizes, por aceitar viver comigo esse sonho. Que Deus continue sempre nos agraciando com presentes, seja o florescer das nossas orquídeas ou o canto dos pássaros que vêm ao nosso jardim.

Aos meus amigos que torcem e vibram com minhas conquistas, vocês são meu jardim florido!

À enfermeira Milena por me apresentar ao tema segurança do paciente, pelo exemplo de profissional dedicada aos pacientes e pela parceria. Como diria Cora Coralina, você é uma mulher especial, pois na escalada da montanha da vida, vai removendo pedras e plantando flores! A você, toda minha admiração.

Aos amigos do Núcleo de Segurança do Paciente pela união, empatia e perseverança. Que a cada dia possamos trabalhar, buscando a perfeição e superando as intempéries, assim como a primavera que ano após ano se renova.

Aos colegas de trabalho, que partilham comigo anseios e ideais, que tornam o ambiente de trabalho um segundo lar, que entregam-se às oportunidades e responsabilidades com empenho e zelo, que me amparam e ensinam. Obrigada por enriquecerem minha vida profissional, sem vocês não teria chegado até aqui!

Ao Hospital Tereza Ramos pela oportunidade em semear a cultura de segurança do paciente, por acolher o que um dia foi sonho e pela confiança no meu trabalho.

Aos demais hospitais participantes do estudo, que recepcionaram muito bem o tema e proporcionaram condições para seu desenvolvimento, meu muito obrigado.

Ao Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina/ Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior - UNIEDU/FUMDES da Secretaria de Educação do Estado de Santa Catarina, pelo incentivo à busca do conhecimento e pela oportunidade em impulsionar melhorias em meu local de trabalho.

À UNIPLAC por abrir portas para novos saberes, pela concessão de duas bolsas de iniciação científica financiadas pelo fundo de pesquisa da universidade e por ser celeiro de ideias.

À Cristiane, Jaqueline, Marina e Letícia pela colaboração e cuidado com os dados da pesquisa.

Aos colegas de mestrado, em especial às demais garotas do quarteto (Karolyne, Kellyn e Aline) cuja convivência nos tornou mais próximas e amigas. Que nossas vidas sejam repletas de belas florações!

Agradeço aos meus professores do Mestrado em Ambiente e Saúde, em especial às professoras Anelise e Bruna, que acolheram e acreditaram na minha proposta. Obrigada por me apresentarem a tantos encantos, tons e perfumes antes desconhecidos!

Enfim, agradeço a todas as flores que encontrei pelo caminho!

“Junte-se a nós para transformar a cultura da culpa e da acusação, que esconde informação sobre o risco e o erro, em uma cultura da segurança, que divulgue plenamente a informação e nos capacite a evitar ou rapidamente nos recuperar das falhas cometidas, antes que elas se transformem em lesão ao paciente.” (LEAPE et al., 1998, p. 1448 *apud* VINCENT, 2009, p. 197)

RESUMO

A abordagem sobre a segurança do paciente mostra como principais fatores responsáveis pela ocorrência de Eventos Adversos as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento. Entretanto, na prática há uma tendência na responsabilização dos profissionais ou produtos isoladamente. A reflexão sobre a abordagem sistêmica, neste estudo está relacionada à compreensão ampliada do conceito de saúde e concebendo o ambiente de cuidado como um sistema complexo. Nesse sentido, os problemas de saúde e nesse, caso, relacionados à segurança do paciente devem ser olhados no contexto onde se desenvolvem, como nos ambientes de saúde. Esta pesquisa objetivou explorar a segurança do paciente em quatro hospitais de grande porte, pertencentes às Macrorregiões do Planalto Serrano e Nordeste do Estado de Santa Catarina, entre março e novembro de 2015. Este estudo de natureza quantitativa e descritivo foi realizado por meio da aplicação de um questionário estruturado com questões adaptadas do Formulário Curto para Análise da Situação sobre Segurança do Paciente, organizado pela OMS para a Parceria Africana. Profissionais da equipe multidisciplinar dos quatro hospitais da equipe multidisciplinar. Chegou-se ao número total de 227 questionários respondidos e devolvidos. Os principais resultados apontam como pontos positivos 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 o uso dos mesmos; 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. As fragilidades incluem a necessidade de promover a cultura de segurança nas instituições de saúde englobando: questões estruturais, como déficit nos processos para aquisição e fornecimento de materiais; inadequação do número de profissionais e programas de melhoria da qualidade; desconhecimento dos profissionais sobre a política nacional de segurança do paciente e de programas nos hospitais; ausência ou desconhecimento da notificação, investigação e registro de incidentes e eventos adversos; ausência de protocolos e fragilidades em capacitações; educação permanente voltada para a segurança do paciente; ausência de *checklist* e fluxogramas de atendimento. Deficiências ainda são apontadas no processamento das roupas; na divulgação dos dados

sobre resistência antimicrobiana; no registro do excesso de horas de trabalho e na inexistência de tratamento de emergência para os trabalhadores; no aprimoramento de protocolos e registros sobre complicações e eventos cirúrgicos; na segurança do uso de medicamentos; no fortalecimento de parcerias e pesquisas na área. Conclui-se que existem ações de segurança em desenvolvimento e um movimento para a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Estado de Santa Catarina, mas este permeado por desconhecimento e incertezas por parte dos profissionais.

Descritores: Segurança do paciente, eventos adversos, cuidados seguros

ABSTRACT

The current about patient safety shows how major factors are responsible for the occurrence of adverse events, the deficiency of the health care system, in its conception, organization and operation. However, in the practice there is a tendency to accountability the professionals or products separately. The reflection about the systemic approach, in this study is related to the larger understanding of the concept of health and conceiving the environment care as a complex system. By this way, the health problems and, in this case, related to patient safety must be looked in the context where they are developed, as in health care environments. This research aimed to analyze the patient safety at four large hospitals, that belongs to macro regions of the Planalto Serrano and Northeast of the State of Santa Catarina, between march and November 2015. This study has a quantitative and descriptive nature and it was made by the application of a structures questionnaire with questions adapted from de Short Form for Analysis of from Situation of Patient Safety, organized by WHO with African Partnership. They were participants professionals from the multidisciplinary group from the four hospitals and other. The total number of questionnaires answered and returned were 227 The main results show as positives the existence of: adequate physical structure; computerized systems for registration of assistance; active committees; system for obtaining the consent of the patients; personal protective equipment and information about the use of the same; appropriate follow-up of work accidents; protocols of waste management; protocols for identification of patients; computerized system for prescription of medicines providing routines for prescription, dispensation and manuals of medicines; partnerships with educational institutions. The weaknesses include the need to promote a culture of safety in health institutions including: structural issues such as deficit in the processes for the acquisition of materials; inadequacy of the number of professionals and quality improvement programs; unknowing of the professionals on the national patient safety policy and programs in hospitals; absence or lack of knowledge about the notification, investigation and recording of incidents and adverse events; the absence of protocols and weaknesses in training; permanent education focused on patient safety; absence of checklist and flow charts. Deficiencies are still pointed out in the processing of clothes; in the dissemination of data on antimicrobial resistance; in the registry of excessive working hours and the absence of emergency treatment for workers; the improvement of protocols and

records about complications and surgical events; the safety of the use of medicines; in strengthening partnerships and research in the area. It is concluded that there are security actions in development and a movement for the implementation of the National Program of Patient Safety in the State of Santa Catarina, but this is permeated by ignorance and uncertainty on the part of professionals.

Descriptors: patient safety, adverse events, safe care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Macrorregiões de Saúde do Estado de Santa Catarina.....	42
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Descrição das 12 áreas integrantes do questionário, SC, Brasil, 2016.....	47
Quadro 2. Descrição das 12 áreas integrantes do questionário, SC, Brasil, 2016.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Percentual Médio de respostas obtidas em cada uma das 12 áreas propostas para o estudo considerando o n (227), SC, Brasil, 2016.....	108
Tabela 2. Distribuição dos percentuais referentes à área 1 - Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, SC, Brasil, 2016.....	110
Tabela 3. Distribuição dos percentuais referentes à área 2 - Política Nacional de Segurança do Paciente, SC, Brasil, 2016 ...	111
Tabela 4. Distribuição dos percentuais referentes à área 3 - Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016	113
Tabela 5. Distribuição dos percentuais referentes à área 4 - Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016	115
Tabela 6. Distribuição dos percentuais referentes à área 5 - Infecções relacionadas aos cuidados de saúde, SC, Brasil, 2016	117
Tabela 7. Distribuição dos percentuais referentes à área 6 – Proteção dos trabalhadores, SC, Brasil, 2016	120
Tabela 8. Distribuição dos percentuais referentes à área 7 – Gestão dos resíduos de saúde, SC, Brasil, 2016.....	122
Tabela 9. Distribuição dos percentuais referentes à área 8 – Intervenções cirúrgicas seguras, SC, Brasil, 2016	123
Tabela 10. Distribuição dos percentuais referentes à área 9 – Segurança relacionada aos medicamentos, SC, Brasil, 2016	124
Tabela 11. Distribuição dos percentuais referentes à área 10 – Parceria para a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016.....	125
Tabela 12. Distribuição dos percentuais referentes à área 11 – Financiamento para a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016 ..	126
Tabela 13. Distribuição dos percentuais referentes à área 12 – pesquisa para a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016.....	127

Tabela 14. Caracterização dos hospitais integrantes da pesquisa “Análise da Segurança do Paciente em Hospitais de Grande Porte do Estado de Santa Catarina”, SC, Brasil, 2016...	128
Tabela 15. Perfil sócio demográfico dos participantes da pesquisa “Análise da Segurança do Paciente em Hospitais de Grande Porte do Estado de Santa Catarina”, SC, Brasil, 2016...	129
Tabela 16. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 1 - Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, SC, Brasil, 2016.....	131
Tabela 17. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 2 - Política Nacional de Segurança do Paciente, SC, Brasil, 2016.....	132
Tabela 18. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 3 - Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016	134
Tabela 19. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 4 - Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016	136
Tabela 20. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 5 - Infecções relacionadas aos cuidados de saúde, SC, Brasil, 2016	138
Tabela 21. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 6 – Proteção dos trabalhadores, SC, Brasil, 2016	141
Tabela 22. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 7 – Gestão dos resíduos de saúde, SC, Brasil, 2016	143

Tabela 23. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 8 – Intervenções cirúrgicas seguras, SC, Brasil, 2016	144
Tabela 24. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 9 – Segurança relacionada aos medicamentos, SC, Brasil, 2016	146
Tabela 25. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 10 – Parceria para a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016	148
Tabela 26. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 11 – Financiamento para a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016	149
Tabela 27. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 12 – pesquisa para a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016	150

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APPS** – African Partnerships for Patient Safety (Parceria Africana para a Segurança do Paciente)
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
- CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- EA** – Evento Adverso
- EAs** – Eventos Adversos
- FUMDES** – Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior
- HMPS** – The Havard medical Practice Study (Estudo Havard de Prática Médica)
- IOM** – Institute of Medicine (Instituto de Medicina dos Estados Unidos)
- MIFS** – The Medical Insurance Feasibility Study (estudo da viabilidade da segurança médica)
- MS** – Ministério da Saúde
- NSP** – Núcleo de Segurança do Paciente
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Pan – Americana da Saúde
- PNSP** – Programa Nacional de Segurança do Paciente
- PROQUALIS** – Centro Colaborador para Qualidade e Segurança do Paciente
- RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- REBRAENSP** – Rede Brasileira de Enfermagem para a Segurança do Paciente
- SAE** – Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SC** – Santa Catarina
- SPSS** – Statistical Package for Social Sciences (Programa Estatístico para Ciências Sociais)
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UNIEDU** – Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina
- UNIPLAC** – Universidade do Planalto Catarinense
- WHA 55** – Fifty – Fifth World Health Assembly (Quinquagésima quinta Assembléia Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	25
2.1 Contextualizando a segurança do paciente.....	25
2.2 Segurança do paciente nas instituições de saúde.....	30
2.3 A Segurança do paciente sob a perspectiva ecológica	33
2.4 Abordagem ecossistêmica.....	37
3 OBJETIVOS	39
3.1 Objetivo geral.....	39
3.2 Objetivos específicos.....	39
4 METODOLOGIA	41
4.1 Caracterização da pesquisa.....	41
4.2 Locais de pesquisa.....	41
4.2.1 Pré - Seleção dos Hospitais participantes do estudo.....	41
4.2.2 Critérios de inclusão e exclusão dos hospitais	43
4.2.3 Adequações do método de pesquisa quanto aos hospitais integrantes do estudo.....	43
4.3 Participantes do estudo.....	44
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes	44
4.3.2 Amostra	44
4.3.2.1 Constituição total da amostra	44
4.4 Análise de riscos, benefícios e cuidados éticos	44
4.5 Instrumentos	45
4.5.1 Formulário para caracterização dos hospitais participantes do estudo	45
4.5.2 Utilização do formulário curto para análise da situação sobre segurança do paciente.....	46
4.6 Realização de pré-teste do questionário	47
4.7 Coleta de dados	48
4.7.1 Responsáveis pela coleta dos dados	48
4.7.2 Aplicação do questionário	48
4.8 Análise dos dados.....	49
5 RESULTADOS.....	51
5.1 Apresentação dos resultados	51
5.1.1 Descrição.....	51
5.1.1.1 Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde.....	52
5.1.1.2 Política nacional de segurança do paciente	53
5.1.1.4 Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente.....	55
5.1.1.5 Infecções relacionadas aos cuidados de saúde	55

5.1.1.6 Proteção dos trabalhadores de saúde.....	56
5.1.1.7 Gestão dos resíduos nos cuidados de saúde	57
5.1.1.8 Intervenções cirúrgicas seguras.....	57
5.1.1.9 Segurança relacionada aos medicamentos	58
5.1.1.10 Parcerias para a segurança do paciente	58
5.1.1.11 Financiamento para a segurança do paciente	59
5.1.1.12 Pesquisa para a segurança do paciente.....	59
5.1.2 Aplicação do Teste Qui Quadrado	59
6 DISCUSSÃO.....	61
6.1 Manuscrito 1 - Segurança do Paciente em Hospitais de Grande Porte: Panorama e Desafios.....	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
APÊNDICES	93
APÊNDICE 1 – Carta de Aceite Institucional	94
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	95
APÊNDICE 3 – Formulário para caracterização dos hospitais participantes do estudo.....	97
APÊNDICE 4 – Questionário	98
APÊNDICE 5 – Quadro elaborados na análise dos dados de pesquisa.....	107
APÊNDICE 6 – Tabelas elaboradas na análise dos dados de pesquisa.....	108
ANEXO.....	151
ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa	152

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um dos temas mais atuais e relevantes para os profissionais e para os serviços de saúde. A expressão “segurança do paciente” é muito utilizada, mas difícil de ser conceituada com clareza. Para Vincent (2009, p. 16) é “definida, como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões ocasionadas durante a assistência médico – hospitalar”. Esta definição simples, porém, não expressa em sua totalidade as bases da segurança do paciente.

A *United State National Patient Safety Foundation* (Fundação Nacional de Segurança do Paciente dos Estados Unidos) define algumas características da segurança do paciente, trazendo que a segurança reside nos sistemas e nas pessoas e, portanto, deve ser estimulada (VINCENT, 2009, p. 17). Para esta fundação, a segurança visa prevenir e melhorar os resultados adversos ou lesões resultantes dos atendimentos, tratando de eventos que incluem os erros, desvios e acidentes; a segurança surge da interação entre os componentes do sistema e está relacionada com a qualidade do atendimento, sendo importante subdivisão da qualidade, e dessa forma constituindo conceitos diferentes (VINCENT, 2009, p. 17).

A temática “segurança do paciente” traz consigo um conjunto de termos e conceitos. A Portaria do Ministério da Saúde Nº 529 (BRASIL, 2013a), de 1º de abril de 2013, define Segurança do Paciente como a “*redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde*”. O dano corresponde ao comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele advindo; incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente e evento adverso constitui o incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2013a).

O movimento pela segurança do paciente, busca-se substituir a cultura da “culpa e vergonha” por uma abordagem conhecida como pensamento sistêmico (WACHTER, 2013, p. 21), reconhecendo que os humanos erram e que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem os erros e os previnam antes que resultem em dano. Um modelo de pensamento sistêmico é o “modelo do queijo suíço” do psicólogo britânico James Reason, enfatizando que uma única pessoa ou “ponta” raramente é suficiente para causar danos e que os erros penetram várias camadas incompletas de proteção para causar resultados desfavoráveis (WACHTER, 2013, p. 21). Este autor destaca a necessidade de se concentrar menos no objetivo de aperfeiçoar o comportamento humano e mais no objetivo de diminuir “os buracos no

queijo”, criando camadas de proteção, impedindo que os erros passem por elas (WACHTER, 2013, p. 22).

Segundo Guirardello (2012), a equipe multiprofissional e, principalmente, a de enfermagem que fica grande parte do tempo em contato direto com o paciente, enfrentam desafios, dentre eles minimizar os riscos associados ao cuidado e garantir a segurança do paciente. Os danos aumentam os custos, implicam em perda da confiança nos sistema de saúde, diminuindo tanto a satisfação dos clientes quanto dos próprios profissionais (FONSECA et al. 2014).

Para Gouvêa e Travassos (2010), algumas pesquisas mostram resultados preocupantes, como a associação de eventos adversos com aumento da morbidade e mortalidade evitáveis, gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde e tempo prolongado de internação hospitalar (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010). Estudos apontam dados semelhantes quanto à incidência dos eventos adversos, como o realizado por De Vries et al. (2008) com incidência de 9,2% e Mendes et al. (2009) com incidência estimada em 7,6% em hospitais.

Percebe-se que muitos dos eventos identificados são evitáveis e esses dados são importantes na compreensão e definição de estratégias para diminuição desses índices e melhoria da segurança do paciente. A análise dos incidentes e dos fatores relacionados podem gerar informações úteis sobre problemas existentes no sistema, identificando possíveis quebras de segurança na prestação do cuidado (TRINDADE; LAGE, 2014).

Diante da problemática e mobilização global após o lançamento da Aliança Mundial para Segurança do Paciente em 2004 (MAGALHÃES et al., 2012), os países membros foram despertados para o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas direcionadas para a segurança, inclusive o Brasil (CAPUCHO; CASSIANI, 2013, p. 792). Mas, apesar dos esforços do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária em promover ações voltadas para a segurança do paciente, percebeu-se que a adesão dos serviços ainda é baixa (CAPUCHO; CASSIANI, 2013, p. 792).

Nesse contexto e considerando a incidência de eventos adversos evitáveis no país - cerca de 67% conforme estudo de Mendes (2009), o Brasil, em 2013, iniciou o desenvolvimento de um Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tornando-o obrigatório por lei (BRASIL, 2013a).

O PNSP faz-se necessário, pois objetiva a detecção precoce de situações de risco e visa, entre outros aspectos, a notificação de incidentes, metas para gestão de riscos e criação de protocolos para

redução de infecções, erros de procedimentos e identificação correta dos pacientes, e devendo ser difundido nas diferentes instituições de saúde (CAPUCHO; CASSIANI, 2013, p. 793).

Como explanado por Landrigan (2011, p. 464), a abordagem de características organizacionais torna-se importante em termos de segurança, por interferir no desempenho dos profissionais e no bem estar dos mesmos e, para o referido autor, esta abordagem é vista como essencial. Esse destaca que as mudanças organizacionais e as outras intervenções de segurança devem ir além da melhora local e alcançar um aprimoramento mensurável em nível regional, nacional ou internacional, por meio da análise de indicadores, realização de pesquisas e compartilhamento de experiências positivas e isto demanda muito mais esforços (LANDRIGAN 2011, p. 464). Landrigan (2011) sugere que se deve compartilhar as experiências entre hospitais ou mesmo sistemas de saúde e ir além das fronteiras institucionais, considerando que a segurança do paciente é uma questão difundida em todo o mundo.

Esta pesquisa analisou a realidade de quatro hospitais de grande porte em duas macrorregiões de Saúde do Estado de Santa Catarina em relação à de Segurança do Paciente, com foco em doze áreas relevantes (OMS, 2012a), que são:

“(1) segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; (2) política nacional de segurança do paciente; (3) conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente; (4) aumento na conscientização sobre a segurança do paciente; (5) infecções associadas aos cuidados de saúde; (6) proteção dos trabalhadores de saúde (7) gestão dos resíduos nos cuidados de saúde; (8) intervenções cirúrgicas seguras; (9) segurança nos medicamentos; (10) parcerias para a segurança do paciente; (11) financiamento para a segurança do paciente e vigilância e; (12) pesquisa para a segurança do paciente”.

Este estudo tem natureza quantitativa, por meio da aplicação de um questionário com 114 questões estruturadas e duas questões semi-estruturadas relacionadas com a segurança do paciente. Participaram desse estudo, os gestores ou coordenadores de segurança dos hospitais selecionados e representantes da equipe multiprofissional.

Nesse sentido, este estudo foi idealizado a partir das experiências e expectativas profissionais da autora, como especialista da primeira edição do Curso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do

Paciente oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e Fundação Oswaldo Cruz, e por atuar como Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente e do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital Tereza Ramos em Lages -SC.

A pesquisa justificou-se pela preocupação constante com a segurança do paciente e na diminuição dos riscos associados à assistência hospitalar. Foi baseada na complexidade do tema e na relevância do estudo para as ações de segurança do paciente em andamento no Estado de Santa Catarina, em especial para os hospitais integrantes e o desenvolvimento regional. Considerou-se também a necessidade de ampliação do conhecimento por meio do incremento de outros estudos.

A problemática da pesquisa envolve a compreensão e identificação de potencialidades e fragilidades existentes e objetiva explorar a situação da segurança do paciente em Hospitais de Grande Porte do Estado de Santa Catarina, com foco em doze áreas relevantes.

Os resultados da pesquisa possibilitaram informações pertinentes para análise, avaliação, priorização e planejamento das ações voltadas à segurança do paciente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contextualizando a segurança do paciente

Refletir sobre a Segurança do Paciente, envolve repensar sobre as práticas e ações de Saúde ao longo da história.

A vida do homem esteve sempre retratada como estando em risco, suscetível a violência e doenças, muitas vezes relacionadas à punição divina, sendo o sacerdote/curandeiro a referência para a cura. Na Grécia Antiga, a cura era uma prática aberta e existiam várias escolas de medicina, entre elas a escola de Cós da qual fez parte Hipócrates, que manifestava preocupação em não causar dano ao paciente (TRINDADE; LAGE, 2014). A expressão “Primum Non Nocere” – “primeiro não cause o dano proferida por Hipócrates é reconhecida como uma das primeiras referências à segurança do paciente (FONSECA et al. 2014; TRINDADE; LAGE, 2014, p. 40).

Em 1847, Ignaz Phillip Semmelweis reconhecia a importância da lavagem das mãos na diminuição da mortalidade materna (FONSECA et al. 2014, p. 2). Já em meados de 1859, Florence Nightingale, transformou a enfermagem da época e elaborou novas formas de prestar assistência, ações essas publicadas e com reflexões pertinentes até os dias de hoje (PEDREIRA, 2009). Florence foi a primeira líder em segurança do paciente, fazendo análises estatísticas para mensurar o resultado da assistência e reduzir os óbitos na Guerra da Criméia de 42% para 2% (FONSECA et al. 2014, p. 3). Entre outras análises concluiu que podia parecer estranho enunciar como primeiro princípio de um hospital não causar mal ao paciente (PEDREIRA, 2009). Em várias obras publicadas ao longo da sua vida, “*Florence afirma que a estrutura e a organização dos hospitais influencia a saúde e recuperação do paciente*” (TRINDADE; LAGE, 2014, p. 42).

Ernest Amory Codman (1869 – 1940), cirurgião em Boston, observava que o trabalho dos médicos era limitado, faltando a avaliação das cirurgias realizadas. Ernest, após fundar um hospital privado, passou a acompanhar de forma sistemática os pacientes que operava, monitorizando resultados e em um período de 5 anos e conseguiu registrar erros e classificá-los em falta de conhecimento ou habilidade, julgamento cirúrgico, déficit nos cuidados, falha nos equipamentos e incompetência para realização de diagnósticos (TRINDADE; LAGE, 2014, p. 43).

Outra personalidade que trouxe contribuições importantes foi Avedis Donabedian (1919 -2000), médico e professor dedicado ao estudo da qualidade na saúde que propôs a divisão do conceito de qualidade em

“eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade” (TRINDADE; LAGE, 2014, p. 44). Conforme os autores, Donabedian (1985) provou no estudo “epidemiologia da qualidade”, que os atributos convertem-se em indicadores e medidas indiretas da qualidade dos cuidados.

Alguns estudos fundamentam as bases da segurança do paciente. O trabalho pioneiro foi o “The Medical Insurance Feasibility Study” – MIFS ou estudo da viabilidade da segurança médica, realizado na Califórnia em 1974, que fez uma retrospectiva de prontuários para analisar a incidência de eventos adversos em hospitais. Outra pesquisa foi a *The Harvard Medical Practice Study (HMPS)* – Estudo Havard de Prática Médica, realizada em Nova Iorque em 1984 que divulgou a magnitude dos problemas de segurança, investigando mais de 30 mil processos clínicos/prontuários em 51 hospitais. Os resultados apontaram que 3,7% dos pacientes sofreram incidentes e 2,6% resultaram em incapacidades ou morte (LEAPE et al. 1991).

Em 1999, a partir de estudos do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), evidenciou-se que grandes estudos epidemiológicos resultaram na publicação do livro *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* - Errar é humano: Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro. Entre outros dados, o estudo demonstrou que os erros acontecem e são frequentes durante a prestação da assistência. A divulgação do relatório “Errar é Humano”, apontou que entre 44.000 e 98.000 americanos morriam por ano devido a erros na assistência à saúde (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000).

Para Tase et al. (2013), dois marcos foram decisivos para o avanço das discussões sobre Segurança do Paciente: a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004 e o lançamento em 2007 pelo *World Health Organization's Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* (Centro de Colaboração para soluções de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde) do programa *Nine Patient Safety Solutions* (Nove soluções de Segurança do Paciente) que objetivou reduzir os erros nos sistemas de saúde.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2013 c), em maio de 2002, a 55ª Assembléia Mundial da Saúde adotou a resolução WHA 55.18, “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, que apontava urgência aos Estados Membros em concentrar maior atenção ao problema da segurança do paciente. Com isso, a comunidade científica foi mobilizada a fim de conhecer os principais pontos críticos na assistência e na atenção à saúde para minimizar falhas e melhorar a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes.

Em 2004, a 57ª Assembléia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que reúne diretrizes e orientações para as organizações de saúde implantarem medidas de prevenção da ocorrência de eventos adversos, fomentando o desenvolvimento e a difusão de conhecimentos sobre políticas e práticas com vistas a um cuidado seguro (MAGALHÃES et al. 2012). Em outubro de 2007, na 27ª Conferência Sanitária Pan – Americana foi emitida a resolução CSP27.R.10, “Política e Estratégia Regional para a Garantia da Qualidade da Atenção Sanitária”, incluindo a segurança do paciente. Nesta resolução foram definidas cinco linhas estratégicas de ação a serem implementadas:

- a) priorizar a qualidade da atenção à saúde e a segurança do paciente; b) estimular a cidadania; c) gerar evidência e informação em qualidade; d) desenvolver, adaptar e apoiar a implantação de soluções sobre qualidade e (e) elaborar uma estratégia regional para o fortalecimento da qualidade da atenção de saúde e da segurança do paciente em 10 anos. (BRASIL, 2013 c)

Dessa forma, vários esforços têm sido direcionados em relação à segurança do paciente e seguindo as tendências, o Brasil, por meio de políticas do Ministério da Saúde (MS) com apoio da Organização Pan – Americana da Saúde (OPAS) vem estimulando as instituições a adotarem programas de qualidade e de segurança em saúde (MAGALHÃES et al., 2012). Os referidos autores reforçam que no Brasil, as estratégias adotadas referem-se à constituição e à capacitação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela ANVISA, que tem o objetivo de constituir uma rede nacional, mediante a sensibilização dos profissionais e o desenvolvimento de pesquisas e acompanhamento de notificações, com o intuito de divulgar informações e propor melhorias relacionadas ao uso seguro de tecnologias de saúde.

Segundo Magalhães et al. (2012), a enfermagem brasileira constituiu a Rede Brasileira de Enfermagem para a Segurança do Paciente (REBRAENSP), em reunião realizada em São Paulo em 2008. A Rede busca sensibilizar os profissionais, difundir conhecimentos e trocar experiências sobre o tema.

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) cujo objetivo geral é “*contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional*” (BRASIL, 2013 a, p. 1). No mesmo ano, a ANVISA publicou

a resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que tem por objetivo “*instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde*” (BRASIL, 2013 b, p. 1). Entre outros aspectos, a referida resolução prevê a criação do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP nas instituições de saúde, norteado por princípios e diretrizes que, entre outros, estimula a vigilância, o monitoramento e a notificação dos eventos adversos (BRASIL, 2013 b).

Os dados epidemiológicos fornecem um panorama da Segurança do Paciente e subsidiam os esforços e ações. Um estudo envolvendo 58 hospitais de cinco países latino- americanos, demonstrou que 10% dos pacientes hospitalizados sofreram algum dano decorrente do atendimento médico durante a hospitalização. Cerca de 59% desses danos foram determinados por uma equipe internacional de investigadores como sendo incidentes preveníveis e 20% foram considerados danos graves, que causaram incapacidade, necessidade de intervenção cirúrgica ou óbito (ARANAZ, 2011). Esses números são similares a taxas recentes de eventos adversos relatados nos Estados Unidos, na Austrália, no Reino Unido e em outras partes do mundo (ARANAZ, 2011).

Uma revisão realizada por De Vries et al. (2008) na Cochrane e Medline, analisou oito trabalhos sobre incidência de eventos adversos em hospitais, totalizando 74.485 pacientes, com incidência global de 9,2%, ou seja, cerca de 1 evento adverso para cada 10 internações hospitalares. O estudo apontou também que em torno de 43,5% foram de eventos evitáveis e 7,4% dos eventos foram letais (DE VRIES et al., 2008). Os autores identificaram nesse estudo que a origem mais frequente de danos está relacionado a procedimentos cirúrgicos (39,6%) e ao uso de medicamentos (15,1%). Uma pesquisa realizada por Mendes et al., baseada na revisão retrospectiva de prontuários em hospitais brasileiros apontou que a incidência de eventos adversos foi estimada em 7,6%, sendo destes 66,7% evitáveis. Os eventos mais frequentes foram relacionados a procedimentos cirúrgicos (36,2%) (MENDES et al., 2009).

Outro estudo semelhante realizado recentemente em Hospitais do Rio de Janeiro (MENDES et al., 2013), buscou analisar as características dos eventos adversos (EAs) evitáveis em pacientes internados. No total de 1.103 pacientes foram identificados 65 EAs evitáveis dos 56 pacientes que sofreram EAs evitáveis. As infecções associadas aos cuidados da saúde (IACS) representaram 24,6%; complicações cirúrgicas e/ou anestésicas, 20,0%; danos decorrentes do atraso ou falha no diagnóstico e/ou tratamento, 18,4%; úlceras por pressão, 18,4%; danos de complicações na punção venosa, 7,7%; danos devido a quedas, 6,2%; danos em consequência do emprego de medicamentos, 4,6%. Os eventos

adversos evitáveis representaram aumento do tempo de internação, resultando em 373 dias adicionais de permanência no hospital (MENDES et al., 2013).

Iniciativas globais e parcerias vêm sendo desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde - OMS, com vistas a promover melhorias para a segurança do paciente nos sistemas de saúde, como por exemplo, em 2007 o lançamento do programa Cuidado Limpo é Cuidado Seguro que recomenda, entre outras estratégias, a observação da adesão e das condições estruturais para a higiene das mãos (BATHKE et al., 2013).

O Programa de Segurança da OMS, integrado por diversos países, busca definir questões prioritárias para a pesquisa na área de segurança do paciente que sejam de alta relevância para países em todos os níveis de desenvolvimento. Dentre essas questões, destaca-se: cuidados de saúde às mães e aos recém-nascidos; cuidados de saúde aos idosos; eventos adversos relacionados a erros de medicação; frágil cultura de segurança, voltada ao processo de responsabilização pelo erro; competências e habilidades inadequadas entre profissionais de saúde; infecções associadas ao cuidado de saúde (REIS et al., 2013 p. 2030).

Entre as iniciativas destaca-se a Parceria Africana para a Segurança do Paciente (*African Partnerships for Patient Safety - APPS*). Segundo a Organização Mundial da Saúde, a APPS é um programa do departamento de segurança do paciente que cria parcerias sustentáveis na área da segurança do paciente entre hospitais na região africana e de outras regiões. O programa preocupa-se com a defesa da segurança do paciente como condição prévia para os cuidados de saúde na Região Africana e em promover uma série de ações que fortaleçam os sistemas de saúde, auxiliem a construção do conhecimento local e ajudem a reduzir os erros médicos e os danos causados ao paciente. O programa atua como um canal para melhorar a segurança do paciente que pode ser disseminado para vários países (OMS, 2012b).

A APPS é um modelo de parceria estruturado em torno do aperfeiçoamento e divulgação de doze áreas de ação relevantes para a segurança do paciente, tratando dos principais desafios associados com a segurança dentro da região africana da OMS.

Esta parceria tem três objetivos, sendo o primeiro o desenvolvimento de parcerias, o segundo a melhoria da segurança nos hospitais e o terceiro catalisar a disseminação da segurança do paciente em hospitais, comunidades e países. (OMS, 2012 c).

Consiste na parceria formal entre dois hospitais, que trabalham juntos para estabelecer a base da segurança do paciente e utilizam a análise situacional. Os resultados da análise são verificados para

identificar as lacunas que estejam contribuindo para prejudicar o paciente e decidir sobre as prioridades de ação e desenvolvimento um plano de ação com contribuições de ambos os hospitais e tomam-se as medidas necessárias para preencher as lacunas identificadas. Revisa-se o processo a cada seis meses e procede-se a uma avaliação anual de todo o ciclo.

O formulário curto para Análise da Segurança do Paciente permite a coleta estruturada e eficiente de informação sobre áreas relevantes para a segurança do paciente garantindo uma avaliação das necessidades ou análise das deficiências ao mesmo tempo que oferece uma visão dos pontos fortes e indicar as áreas que requerem avaliação mais detalhada (OMS, 2012 b). Como já citado no capítulo anterior, as doze áreas pesquisadas contemplam questões sobre segurança e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, a política nacional de segurança do paciente, o conhecimento e aprendizado, conscientização, infecções associadas aos cuidados de saúde, proteção dos trabalhadores, gestão de resíduos, cirurgias seguras, segurança nos medicamentos, parcerias, financiamento e pesquisa para a segurança do paciente.

O uso do formulário curto original ou adaptado parece, até o momento, ser inédito em pesquisas no Brasil, pois não encontram-se publicação nacionais ou citações deste para comparação de resultados. Dessa forma, constitui uma alternativa em validação para avaliar a situação de segurança do paciente em instituições hospitalares, a exemplo da Parceria Africana onde é utilizado para diagnóstico situacional e reavaliação das estratégias em períodos regulares.

2.2 Segurança do paciente nas instituições de saúde

A busca pela segurança nas instituições, em geral, constitui um princípio básico, uma vez que o atendimento ao paciente visa o fornecimento de bens e serviços que promovam satisfação e o mínimo de riscos e falhas. A ocorrência de eventos pode ser considerada uma transgressão desse princípio, arriscando muitas vezes a saúde e a vida do paciente (PADILHA, 2001). Além disso, a proteção oferecida por meio de uma assistência segura é responsabilidade de cada profissional sendo impulsionada pela maior exigência da sociedade (PADILHA, 2001). Para alguns autores, como Oliveira et al. (2014, p. 123):

a complexidade dos serviços de saúde e a incorporação de tecnologias elaboradas tem sido atribuídas a riscos adicionais na prestação do cuidado. Entretanto, estratégias simples e efetivas

podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, por meio do seguimento de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente.

Como retrata Oliveira et al. (2014), as instituições hospitalares objetivam, a partir do ponto de vista citado anteriormente, oferecer assistência de excelência, diminuir custos e assegurar um bom atendimento. Para os autores, busca-se, como esta atitude, instituir a segurança nas organizações de saúde enquanto processo cultural, promovendo maior consciência dos profissionais, com consequente aquisição de segurança para si e para a clientela atendida, suprimindo a lacuna existente no aspecto da segurança do paciente. Eles explicam que a lacuna, a qual se referem:

pode ser constatada no processo assistencial, em que merece destaque a ocorrência crescente de eventos adversos (EAs), ou seja, de danos não intencionais que resultam em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência na instituição ou morte, como consequência de um cuidado de saúde prestado (OLIVEIRA et al., 2014, p. 123)

Os eventos adversos são comumente associados ao erro humano individual, mas devem ser considerados como desencadeadores as condições de trabalho, os aspectos estruturais e a complexidade das atividades desenvolvidas. As situações que predisõem ao risco de eventos adversos, incluem avanço tecnológico com deficiente aperfeiçoamento dos recursos humanos, distanciamento das atribuições próprias de cada profissional, desmotivação, falha na aplicação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e documentação dos cuidados, delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviço (MADALOSSO, 2000; BECCARIA et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2014;).

Silva (2010), refere que o maior desafio dos especialistas em segurança do paciente, que buscam a redução dos eventos nas instituições de saúde tem sido a assimilação, de que a causa dos erros e eventos adversos é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer eventos adversos quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados. A autora aponta que os sistemas fracassam em todo o mundo e “*desde que a assistência seja*

prestada por seres humanos há a possibilidade de promoção de riscos e danos aos pacientes” (SILVA, 2010). Entretanto, esta é uma realidade que não deve ser ignorada.

Madalosso (2000), por sua vez, coloca que percebeu, durante suas atividades profissionais, inúmeras situações que predis põe aos incidentes no cuidado de enfermagem. Entre as situações de risco, Silva (2010) destaca, o distanciamento dos enfermeiros das suas atribuições, a super valorização das atividades gerenciais, o envolvimento direto e frequente com tarefas que competem a outros profissionais, a delegação de cuidado sem uma supervisão adequada, o distanciamento entre o aprendido na formação acadêmica e o executado na vida profissional, a sobrecarga de trabalho e desrespeito às leis do exercício profissional, desvalorização profissional, baixa autoestima e os constantes avanços tecnológicos e científicos, tornam cada vez mais complexo e sofisticado o nosso aparato de trabalho (SILVA, 2010).

Ainda há, na ocorrência dos eventos adversos, uma busca pela descoberta do “culpado” (BECCARIA et al. 2009). O profissional, por sua vez sofre com as consequências desse tipo de evento. Deve-se, contudo, como refere Beccaria et al. (2009), existir um *“olhar crítico e investigativo sobre as falhas, a fim de apontar as lacunas que precisam ser sanadas para beneficiar não só a equipe, mas principalmente o cliente”*.

Nesse sentido, a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, constitui uma estratégia fundamental na vigilância, no monitoramento, na notificação de eventos adversos como também na melhoria contínua das questões relacionadas à segurança do paciente, a partir de seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2013 b). Dessa forma, como bem colocado por Beccaria et al. (2009), a notificação e aceitação da existência de eventos adversos facilitam a investigação da qualidade da assistência ao paciente, partindo-se do pressuposto de que falhas acontecem e são importantes para avaliar os serviços de saúde.

O conceito atual de segurança do paciente mostra como principais fatores responsáveis pela ocorrência de Eventos Adversos as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, em vez de responsabilizar os profissionais ou produtos isoladamente. Os seres humanos cometem falhas, e que, portanto, erros são esperados. Os erros são consequências, não causas. Embora não se possa mudar a condição humana, é possível atuar naquelas sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema (REIS et al., 2013). A ocorrência de EA é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias de

uma organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem de gestão da qualidade, da prospecção de riscos e da capacidade de aprendizagem a partir dos erros (REIS et al., 2013).

2.3 A Segurança do paciente sob a perspectiva ecológica

Para Monteiro et al. (2005), uma crise mundial vem acontecendo nas últimas décadas. Esta crise é complexa, multidimensional, e afeta todos os aspectos da vida humana, como a saúde, o modo de vida, a qualidade do meio ambiente, das relações sociais, da economia, tecnologia e política. É uma crise de dimensões intelectuais, morais e espirituais; uma crise de escala e premência sem precedentes em toda a história da humanidade. Segundo os autores, esta deterioração do meio ambiente natural acompanha um aumento nos problemas de saúde das pessoas. Monteiro *et al.* (2005, p. 342) citam ainda que, “*no quadro contemporâneo, ressalta-se a dicotomia/fragmentação do homem resultante do pensamento de René Descartes (1596-1650), marcada pela visão mecanicista de Isaac Newton (1642-1727) até a tentativa de unicidade ensejada por Albert Einstein (1879-1955)*”.

Conforme Monteiro et al. (2005), contrastando com a concepção mecanicista cartesiana e newtoniana, a visão de mundo que vem surgindo a partir da nova física caracteriza-se por palavras como orgânica, holística e ecológica. Estas concepções envolvem transformações profundas nas instituições sociais, nos valores e ideias. Nesse sentido, o universo deixa de ser visto como uma máquina, composta de uma infinidade de objetos, para ser descrito como um todo dinâmico, indivisível, cujas partes estão essencialmente inter-relacionadas e só podem ser entendidas como modelos de um processo cósmico. Os autores ainda justificam que essa visão emergente não é compartilhada por toda a comunidade científica, mas está sendo discutida e elaborada por muitos físicos eminentes que tentam, com espírito aberto, melhorar a compreensão da natureza e da realidade (MONTEIRO et al., 2005).

Monteiro et al. (2005), fazem referência ao pensamento de Capra como facilitador da disseminação do cuidado ecológico na enfermagem. Este pensamento fica em evidência quando percebe-se que nós e o planeta somos na verdade, um só, uma realidade, uma só consciência, teremos chegado a um ponto de descobrir que a nossa transformação não foi só uma mudança de atitude, mas uma mutação (CAPRA, 1997). Este paradigma pode ser chamado de visão holística do mundo, que o concebe como um todo integrado, e não como um conjunto de partes isoladas e

pode ser também chamado de visão ecológica, entendendo a ecologia num sentido muito mais amplo e profundo que o usual.

Dessa forma, a percepção ecológica profunda reconhece a independência fundamental de todos os fenômenos e o fato de que indivíduos e sociedades estão encaixados nos processos cíclicos da natureza. A ecologia profunda reconhece o valor intrínseco de seres vivos e concebe os seres humanos apenas como um fio particular na teia da vida (CAPRA, 1996).

O pensamento de Capra, contribui para a reflexão acerca do cuidado. Esta forma de pensar vê a integralidade e a individualidade do homem, como ser complexo, ao retomar o elo corpo, mente e cosmos. Nessa visão, o cuidado ao paciente está relacionado à atitude holística, que busca a compreensão do homem em sua singularidade e totalidade e pode ser representado pelo processo de interação daquele que cuida com o que é cuidado. Esse pensamento é ressaltado por Capra:

a percepção da ecologia profunda, como percepção espiritual ou religiosa é vivenciada quando a concepção de espírito humano é entendida como o modo de consciência no qual o indivíduo tem uma sensação de pertinência, de conexão, com o cosmos como um todo”(CAPRA, 1997).

A saúde, a partir da visão holística do homem e da teia de relações que atinge o pensamento ecológico de Capra, exige dos profissionais da saúde e do enfermeiro em suas áreas de ensino, pesquisa e assistência uma percepção crítica de seu saber, saber-ser e saber-fazer comprometido com as transformações que marcam a atualidade (MONTEIRO et al., 2005), favorecendo assim, atitudes profissionais inovadoras e comprometidas com a conservação da vida e proteção do ambiente de cuidado (BACKES et al., 2011). Para Monteiro et al. (2005, p. 344) “*isso possibilita o ressurgimento das emoções, do encantamento, dos sentimentos, do cuidar da natureza como premissa para uma melhor qualidade e existência da humanidade*”. Nesse contexto, a atitude dos profissionais frente à temática Segurança do Paciente, envolve uma visão ampliada sobre os conceitos relacionados à saúde, uma atitude de análise crítica das práticas de saúde e de cuidado e a partir disso, um comprometimento com as transformações necessárias para a melhoria da assistência.

Seguindo a reflexão sobre o cuidado, para alguns autores como Backes et al. (2011), o mesmo abrange dimensões amplas e complexas, compreendendo o cuidado de si, do outro, do meio ambiente, da natureza

e do planeta como um todo. O cuidado, como um fenômeno complexo, necessita unir e integrar os diferentes aspectos vitais ameaçados pelo reducionismo mecanicista que desapropria a parte do todo e o todo da parte. Pensar em cuidado inclui pensar no indivíduo, nas relações deste com os demais indivíduos e o meio em que vivem, ou seja, no ambiente ecológico, nas interações e associações que envolvem o sistema como um todo (BACKES et al., 2011). Dessa forma, a ecologia pode ser entendida como o estudo das relações entre os seres vivos e o meio ambiente, trazendo preocupação ética por parte de todos os atores sociais e se coloca como uma temática a ser abordada em todas as áreas (BACKES et al., 2011).

Para Backes et al. (2011), o cuidado ecológico impulsiona a atenção para a defesa do meio ambiente, natural e relacional. Esta atitude de cuidado, acontece em casa, nas escolas, nas universidades, no local de trabalho, ou seja, em espaços públicos e privados, por meio das relações e interações entre os seres humanos e demais seres presentes na natureza, num compromisso ético de cuidado consigo, com o outro e com o planeta, de forma integradora.

Lanzoni et al. (2011) revela que,

O ambiente de cuidado caracteriza-se como local aglutinador de aspectos físicos, biológicos, científicos, culturais, sociais, econômicos, entre outros, em uma teia de relações onde se torna difícil excluir ou isolar partes e que as partes exercem ação e inter-retroação contínua, levando ao estabelecimento de relações de cuidado em situações vitais que envolvem o processo saúde-doença (LANZONI et al., 2011, p. 581).

Segundo Lanzoni et al. (2011), compreender as interações que ocorrem no processo de cuidar envolve olhar a subjetividade dos sujeitos, a multiplicidade de interpretações possíveis pela mente humana, assim como os sentimentos que estão envolvidos no processo de cuidado buscando a compreensão de fatos e fenômenos distintos que ocorrem em um mesmo ambiente e permeiam todas as ações de cuidado.

Considerando a discussão sobre a ampliação dos conceitos relacionados à saúde e a visão ecológica de cuidado, percebe-se que os sistemas de saúde hoje, como ressaltado por Marck e Cassiani (2005, p. 751) “*são sistemas vivos, tecnologicamente complexos e crescentemente vulneráveis, que necessitam urgentemente de consertos ecológicos*”. O

tema segurança do paciente está inserido e se desenvolve nos sistemas de saúde.

A partir dessas considerações, tem-se como desafio, utilizar a abordagem ecológica como subsídio para restauração dos sistemas de saúde e com isso a segurança dos pacientes. Marck, e Cassiani (2005) citam que no nível fundamental, o campo da restauração ecológica diz respeito à reparação de ecossistemas danificados através do fortalecimento e da integridade das nossas relações mútuas e com os lugares que compartilhamos.

Na visão de Marck e Cassiani (2005, p.752) a restauração ecológica,

oferece novas maneiras de se considerar os efeitos da tecnologia nos nossos ambientes culturais e práticos da assistência à saúde. Ao aplicar os conceitos da restauração às pesquisas em segurança do paciente, estamos portanto tentando integrar as melhores formas do pensamento sistêmico nas ciências atuais de engenharia para fatores humanos, ciências organizacionais e ciências de segurança, com melhores habilidades de “pensar como” um sistema.

Partindo-se das várias áreas relevantes para a segurança do paciente e de situações preocupantes relacionadas muitas vezes à sobrecarga dos sistemas de saúde, pode-se usar o pensamento ecológico como uma forma de pensar em melhorias ou restauração de sistemas fragilizados. Assim, os ecossistemas são capazes de alcançar a estabilidade dinâmica e, fundamentalmente, a capacidade de recuperação dos desequilíbrios, pela riqueza e complexidade das teias ecológicas (ZAMBERLAN et al., 2013).

Os princípios do pensamento ecológico e restaurativo,

combinam atenção aos sistemas sociotécnicos da assistência (tais como medicação, registros do paciente e outros sistemas de prestação de assistência) com um exame minucioso da ecologia geral do ambiente onde o cuidado é prestado. Magalhães et al. (2013, p. 03)

O ambiente de cuidado hospitalar é complexo e envolve muitos fatores. Na fala dos autores, isso requer análise cuidadosa de como as

peças se relacionam umas com as outras e com os ambientes em que elas convivem para desenvolver as melhores práticas (MAGALHÃES et al. 2013).

2.4 Abordagem ecossistêmica

A abordagem ecossistêmica, neste estudo está relacionada à compreensão ampliada do conceito de saúde e concebendo o ambiente de cuidado como um sistema. Nesse sentido, os problemas de saúde relacionados à segurança do paciente devem ser olhados no contexto onde se desenvolvem, como nas instituições hospitalares.

Na perspectiva ambiental, conforme Zamberlan et al. (2013), a questão ambiental, mais especificamente o ecossistema, caracteriza-se como uma rede flexível, em permanente flutuação (CAPRA, 2002). Esta flexibilidade, por sua vez é consequência dos múltiplos elos e anéis de realimentação que mantém o sistema em um estado de equilíbrio dinâmico (ZAMBERLAN et al., 2013). A saúde apresenta caráter integrador, inter-relacional e multidimensional e está pautada nas múltiplas dimensões humanas: biológicas, sociais, psicológicas e espirituais, e outras, que se entrelaçam e inter-relacionam com o ambiente no qual as pessoas se encontram e que podem ou não transitar pelo atendimento em saúde na busca do equilíbrio e sustentabilidade (ZAMBERLAN et al., 2013).

No documento organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - Enfoques ecossistêmicos em saúde – perspectivas para sua adoção no Brasil e países da América Latina, há referência aos ecossistemas como sistemas de apoio à vida do planeta para as espécies humanas e para todas as outras formas de vida. A necessidade biológica do ser humano de ter alimento, água, ar puro, abrigo e uma condição climática relativamente constante é básica e inalterável. Dessa forma, os serviços dos ecossistemas são indispensáveis para o bem-estar de todas as pessoas, em todos os lugares do mundo (OPAS, 2009). As relações de causa e efeito entre as mudanças ambientais e a saúde humana são complexas, por serem frequentemente indiretas, deslocadas no espaço e no tempo, e dependentes de várias forças modificadoras.

O enfoque ecossistêmico para a saúde humana (eco saúde) apresenta muitos desafios, pois atravessa as fronteiras tradicionais da investigação. De fato, constitui-se em um novo enfoque que conecta a gestão ambiental integrada com uma compreensão holística da saúde humana, considerando os importantes fatores sociais, econômicos e culturais. O enfoque ecossistêmico faz a conexão da gestão ambiental

com a compreensão holística da saúde humana, considerando os fatores sociais, econômicos e culturais inerentes a um ecossistema (OPAS, 2009).

Refletir a relação ambiente, saúde e segurança do paciente envolve a compreensão de que:

a saúde dependerá do equilíbrio dinâmico de todos os elementos constituintes do ecossistema, visto que, com base na Teoria Sistêmica, todos os elementos que constituem determinado espaço/ambiente interdependem, se inter-relacionam, exercem interações e influenciam-se mutuamente, sendo capazes de transformá-lo, por meio das diversas possibilidades que surgem dessa dinâmica (ZAMBERLAN et al., 2013).

E, para que essas relações ocorram é importante o olhar interdisciplinar. Assim, vislumbra-se que o ambiente de saúde e enfermagem é, sobretudo, complexo em sua essência e, de modo significativo, integra múltiplos conceitos e facetas (ZAMBERLAN et al., 2013), sendo assim considerado sistêmico e baseia-se no pressuposto de que a vida é dotada de uma unidade de importância e que os diversos sistemas vivos apresentam padrões de organização semelhantes (CAPRA, 2002). Pode-se concluir que o organismo e o meio se modificam juntos, uma vez que se influenciam mutuamente. As ações em saúde devem considerar os ambientes onde o ser humano está agregado, bem como, a rede de interações e relações que ele construiu ao longo da vida, buscando o equilíbrio em saúde (ZAMBERLAN et al., 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Explorar a situação da Segurança do Paciente em Hospitais de Grande Porte das Macrorregiões de Saúde do Estado de Santa Catarina.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever a situação da Segurança do Paciente nos hospitais a partir das doze áreas relevantes.
- Conhecer o contexto de implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente nos Hospitais.
- Identificar as necessidades, fragilidades e potencialidades das ações desenvolvidas pelos hospitais participantes da pesquisa.

4 METODOLOGIA

Esta dissertação é vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Foi contemplada com bolsa de estudo do programa UNIEDU/FUMDES (Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina/ Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior) da Secretaria de Educação do Estado de Santa Catarina. Recebeu duas bolsas de iniciação científica financiadas pelo Fundo de Pesquisa da UNIPLAC, edital de seleção de grupo de pesquisa nº 035/2015 e de resultado 070/2015.

A pesquisa, vinculada ao Grupo de Estudos em Ambiente e Saúde e desenvolvida em 2015, tem abordagem quantitativa e foi dividida em etapas: revisão de literatura sobre o tema, coleta de dados por meio da aplicação de questionário estruturado e semiestruturado, organização, análise e interpretação dos dados. No entanto, serão apresentados na sequência a metodologia, resultados e discussão da parte quantitativa do estudo. A metodologia qualitativa, seus resultados e análise serão divulgados em artigo posterior.

4.1 Caracterização da pesquisa

A pesquisa caracteriza-se como um estudo descritivo de natureza quantitativa. A pesquisa descritiva segundo Gil (2002), visa descrever caracteres de determinado fenômeno ou população e, a partir da descrição, estabelecer relações entre as variáveis.

A pesquisa quantitativa (dados objetivos) admite expressão adequada dos dados para descrever a realidade por meio de gráficos, estatísticas, equações e médias e na medida em que se encaminha para o universo dos significados, motivos, valores, crenças e atitudes, torna-se mais difícil avaliar apenas os números, requerendo uma abordagem qualitativa (dados subjetivos) (GOMES, 2002).

4.2 Locais de pesquisa

4.2.1 Pré - Seleção dos Hospitais participantes do estudo

Quanto ao porte, a instituição pode ser denominada da seguinte forma: Pequeno quando tem capacidade menor ou igual a 50 leitos, médio quando possui de 51 a 150 leitos, grande quando oferece de 151 até 500 leitos e de porte especial quando possui mais de 500 leitos de internação

(BRASIL, 1977). Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, o Estado de Santa Catarina possui 29 hospitais com mais de 150 leitos (Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>).

No projeto de pesquisa foi proposta a seleção de dois Hospitais de grande porte em cada uma das oito Macrorregiões de Saúde do Estado de Santa Catarina. Devido adequações no método de pesquisa, constituíram a amostra final, quatro hospitais. Optou-se por hospitais de grande porte, considerando a complexidade dos cuidados oferecidos nessas instituições, pelo número de profissionais de saúde e maior número de atendimentos.

As Macrorregiões de Saúde dividem-se em: Macrorregião Sul, Macrorregião do Extremo Oeste, Macrorregião do Vale do Itajaí, Macrorregião Nordeste, Macrorregião do Planalto Serrano, Macrorregião do Planalto Norte, Macrorregião do Meio Oeste e Macrorregião da Grande Florianópolis (4.1).



Figura 1. Macrorregiões de Saúde do Estado de Santa Catarina. Fonte: Apresentação Power Point da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Caracterização do estado de Santa Catarina (2001).

4.2.2 Critérios de inclusão e exclusão dos hospitais

Os Hospitais foram pré- selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (a) ser denominado hospital, associação hospitalar ou fundação hospitalar; (b) caracterizar-se como hospital de grande porte, com mais de 150 leitos; (c) hospitais que aceitaram participar da pesquisa.

Como critérios de exclusão, estabeleceu-se: (a) hospitais de pequeno, médio porte e porte especial e (b) hospitais que não aceitaram participar do estudo.

No total, treze hospitais foram pré - selecionados para participar da pesquisa.

4.2.3 Adequações do método de pesquisa quanto aos hospitais integrantes do estudo

Mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, iniciou-se os contatos com os hospitais, por telefone, para verificar o interesse na realização da pesquisa e questionar quais procedimentos seriam necessários para encaminhamento e apreciação do projeto. O projeto foi encaminhado por e-mail aos hospitais, respeitando as recomendações de cada um. Neste processo, alguns hospitais apresentaram recusa, com justificativa de participação em outras pesquisas, poucos não demonstraram interesse. Outros solicitaram inclusão como coparticipantes na Plataforma Brasil para apreciação e ainda houve solicitação de encaminhamentos aos Comitês próprios de cada instituição.

Na medida em que o hospital formalizava o aceite, dava-se início à coleta de dados naquela instituição.

Um aspecto a ser destacado, diz respeito aos trâmites de cada instituição para aprovação dos projetos. A cada alteração na plataforma Brasil, por inclusão de hospital como coparticipante e ou alteração sugerida, aguardava-se por 30 dias o parecer, seguido de mais 30 em cada instituição, uma vez que as mesmas também organizam-se por meio de seus comitês internos, onde a maioria, encontra-se uma vez por mês para apreciação e recomendação dos projetos de pesquisa.

Desta forma, optou-se em definir um período máximo para contato com os hospitais pré-selecionados e também para a coleta dos dados.

A amostra final ficou constituída por quatro hospitais de grande porte, sendo dois da macrorregião do Planalto Serrano e dois da macrorregião Nordeste. Os hospitais receberam codinomes para preservação de suas identidades, sendo referenciados como H1, H2, H3 e H4.

4.3 Participantes do estudo

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

O estudo obteve a participação dos Gestores ou Coordenadores de Segurança do Paciente e profissionais da equipe multidisciplinar atuantes nos hospitais participantes do estudo, conforme amostragem descrito no item a seguir.

Os critérios de inclusão foram (a) ser funcionário do hospital em estudo e (b) aceitar participar voluntariamente. Os critérios de exclusão foram: (a) profissionais com carga horária semanal inferior a 10 horas; (b) acadêmicos, residentes e estagiários; (c) profissionais em férias, licença saúde, licença maternidade, licença prêmio e ou atestado médico; (d) instrumentos preenchidos com menos da metade das questões e (e) desistências do consentimento após início da coleta de dados.

4.3.2 Amostra

Para cálculo do número total de profissionais participantes em cada hospital, foi utilizada a amostragem intencional, não probabilística, por meio de amostragem por conveniência. Os questionários foram distribuídos a 10% do número total de profissionais em cada hospital.

4.3.2.1 Constituição total da amostra

Em razão das adequações necessárias à pesquisa, a amostra final foi constituída por 227 questionários respondidos e devolvidos, sendo 04 participantes gestores ou coordenadores de segurança do paciente.

4.4 Análise de riscos, benefícios e cuidados éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIPLAC (CEP/UNIPLAC) e aprovado conforme parecer substanciado nº 921.170 de 15/12/2014 (ANEXO 1).

Como esta pesquisa realizou-se com seres humanos, os pesquisadores garantiram que o protocolo de pesquisa e os dados obtidos respeitaram a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A adesão a este estudo foi realizada de forma voluntária, mediante carta de aceite institucional (APÊNDICE 1). Os sujeitos somente decidiram participar do estudo após compreenderem os objetivos do mesmo e mediante a assinatura do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 2). O TCLE foi elaborado e aplicado pelas pesquisadora, disponibilizado em duas vias, com assinatura dos pesquisadores responsáveis, pelo coletador e pelos participantes do estudo que ficaram com uma das cópias.

A pesquisa não tem caráter crítico às instituições ou sujeitos, e busca o conhecimento sobre a segurança do paciente a partir de doze áreas relevantes, analisar as estruturas existentes para a segurança nos hospitais e o contexto de implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Na análise e publicação dos dados não foram mencionados os nomes das instituições ou dos profissionais responsáveis pelo preenchimento do questionário, utilizando-se codinomes para os hospitais nessa etapa. O estudo respeitou a integridade física, psíquica, moral e religiosa dos sujeitos participantes, bem como, da instituição envolvida, tendo como premissa os cuidados éticos na análise e publicação das informações e o sigilo com a identidade dos sujeitos.

Os riscos do estudo incluíram um possível constrangimento dos sujeitos em responderem questões que evidenciam problemas da instituição e exposição de situações problema. Os pesquisadores deixaram livre a escolha do sujeito em continuar participando do estudo.

4.5 Instrumentos

Para a realização da pesquisa, foram utilizados instrumentos de apoio, que incluem o formulário para caracterização dos hospitais participantes do estudo (APÊNDICE 3) e questionário adaptado para a coleta de dados (APÊNDICE 4).

4.5.1 Formulário para caracterização dos hospitais participantes do estudo

Etapa que correspondeu ao preenchimento com informações e características dos hospitais do estudo, como número de leitos, número de profissionais, tipo de atendimento oferecido para cálculo da amostra aleatória simples. Este formulário foi encaminhado ao responsável da instituição.

4.5.2 Utilização do formulário curto para análise da situação sobre segurança do paciente

O Formulário Curto para Análise da Situação sobre Segurança do Paciente, organizado pela OMS e disponibilizado pela Parceria Africana para a Segurança do Paciente pode ser utilizado por qualquer hospital e por profissionais envolvidos com o tema. Oferece coleta de informações sobre áreas relevantes para a segurança do paciente, sendo um método estruturado que proporciona uma avaliação ou análise das deficiências e pontos fortes das instituições de saúde. Existente na versão curta e longa, com perguntas sim/não/desconhece e espaço para comentários, o formulário serve como base de dados para a avaliação e planejamento de ações voltadas à segurança dos pacientes nos hospitais (OMS, 2012a).

O formulário original está dividido em três partes. A primeira parte destina-se às etapas importantes para a coleta da informação, como a identificação de indivíduos com interesse em segurança do paciente, formação de equipe e organização de reuniões. A segunda parte está relacionada às informações gerais sobre o hospital, mais 06 questões de infraestrutura. A terceira parte inclui 141 questões baseadas em 12 áreas-chave sobre a segurança do paciente que são: segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, política nacional de segurança do paciente, conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente, aumento na conscientização sobre a segurança do paciente, infecções associadas aos cuidados de saúde, proteção dos trabalhadores de saúde, gestão dos resíduos nos cuidados de saúde, intervenções cirúrgicas seguras, segurança nos medicamentos, parcerias para a segurança do paciente, financiamento para a segurança do paciente e vigilância e pesquisa para a segurança do paciente (OMS, 2012b).

As questões originais foram adaptadas pelos pesquisadores às necessidades e contexto da pesquisa e seguem o padrão sim/não/desconhece e a alternativa atende parcialmente foi incluída após o pré - teste. Algumas questões foram desdobradas para melhor compreensão e entendimento. Outras, foram acrescentadas pelos pesquisadores devido sua relevância para o estudo.

O questionário (APÊNDICE 4 – Questionário) utilizado consiste em 114 questões estruturadas, com perguntas claras e objetivas, visando garantir a uniformidade de entendimento e a padronização dos resultados. Para os gestores/coordenadores de segurança do paciente foram acrescentadas duas questões semiestruturadas relacionadas com as fragilidades e potencialidades para a segurança do paciente.

Quadro 1. Descrição das 12 áreas integrantes do questionário, SC, Brasil, 2016

ÁREAS	CONTEÚDO DAS QUESTÕES
1) Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde (09 perguntas)	Programa de melhoria da qualidade, adequação da estrutura física, dos materiais e quantitativo de funcionários, existência de processo organizado para aquisição de materiais, comissões e auditoria.
2) Política Nacional de Segurança do Paciente (09 perguntas)	Política nacional e local de segurança do paciente, indicadores de assistência, notificação e revisão de incidentes, erros e eventos adversos.
3) Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente (13 perguntas)	Conhecimento e utilização de manuais, protocolos, fluxogramas e listas de verificação na assistência, programa de educação permanente, capacitações sobre segurança do paciente.
4) Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente (10 perguntas)	Atividades e processos internos de conscientização coletiva para a segurança do paciente, sensibilização das equipes, direitos do paciente e oportunidade de relato e compartilhamento de ideias, utilização de recursos visuais.
5) Infecções relacionadas aos cuidados de saúde (28 perguntas)	Ações de prevenção e controle da infecção hospitalar, atribuição e organização da equipe, existência de normas e rotinas, utilização de recursos visuais, suprimento adequado de matérias para higiene das mãos, rotinas de microbiologia hospitalar e uso de antimicrobianos, divulgação de dados sobre infecção.
6) Proteção dos trabalhadores (10 perguntas)	Política de proteção aos trabalhadores, disponibilização e uso dos equipamentos de proteção individual, informação dos riscos ocupacionais, registro, atendimento e acompanhamento dos acidentes de trabalho, atitude em relação aos riscos.
7) Gestão dos resíduos no cuidado de saúde (06 perguntas)	Protocolos de gerenciamento de resíduos hospitalares, informação sobre tipos e descarte, suprimento de materiais.
8) Intervenções cirúrgicas seguras (09 perguntas)	Existência de protocolos para transporte, admissão e identificação de pacientes cirúrgicos, sistema de registro das complicações, óbitos e erros relacionados à procedimentos cirúrgicos, atitude em relação ao seguimento dos protocolos existentes.
9) Segurança relacionada aos medicamentos (09 perguntas)	Suprimento de medicamentos, existência de comitê e ações do profissional farmacêutico, manuais, informatização da prescrição, registros de incidentes, capacitações específicas.
10) Parcerias para a segurança do paciente (06 perguntas)	Envolvimento dos hospitais no desenvolvimento e planejamento de políticas públicas sobre segurança do paciente, parcerias.
11) Financiamento para a segurança do paciente (03 perguntas)	Orçamento, contribuição direta do paciente, contribuição do governo.
12) Pesquisa para a segurança do paciente (02 perguntas)	Desenvolvimento de pesquisas nos hospitais.

4.6 Realização de pré-teste do questionário

No mês de janeiro de 2015 foi realizado o pré teste do questionário com dez sujeitos. Desses, participaram três farmacêuticas, uma técnica

administrativa, quatro técnicos de enfermagem e duas enfermeiras. O resultado do pré-teste demonstrou que os participantes utilizaram cerca de 20 minutos para responder as 114 questões. Apontaram a necessidade de incluir a opção “atende parcialmente” às opções de resposta.

4.7 Coleta de dados

4.7.1 Responsáveis pela coleta dos dados

Considerando-se as dificuldades relacionadas à localização e distância dos hospitais pré-selecionados no estudo, para a aplicação do questionário e coleta de dados, optou-se em selecionar e capacitar pessoas chave nas instituições participantes, mediante indicação dos gestores e também requisitou-se bolsistas de iniciação científica. A capacitação dos colaboradores foi responsabilidade da pesquisadora. Cada colaborador, entregou o TCLE, explicou os objetivos da pesquisa e aplicou número determinado de questionários, conforme cálculo da amostra. Os questionários foram encaminhados para a pesquisadora, via correio, em envelope lacrado, os termos de consentimento assinados e os questionários preenchidos.

4.7.2 Aplicação do questionário

A coleta de dados ocorreu entre março e novembro de 2015, da seguinte forma:

A coleta de dados iniciou após a apresentação do projeto e autorização dos gestores dos hospitais mediante preenchimento da carta de aceite institucional (APÊNDICE 2). Um dos hospitais, solicitou preenchimento de modelo próprio da instituição.

Após o aceite, foram selecionados colaboradores, os quais foram capacitados para aplicação do questionário. Ao contatar o gestor/coordenador de segurança do paciente, os colaboradores apresentaram o formulário para caracterização dos hospitais e aguardaram o preenchimento. Com estas informações foi realizado o cálculo da amostra para cada hospital, considerando 10% do número total de profissionais.

A aplicação do questionário foi realizada em uma instituição de cada vez. Para cada uma delas, foi apresentado o TCLE, com explicação dos objetivos da pesquisa e disponibilizado questionário impresso aos funcionários, auto preenchível, com questões estruturadas. O questionário

foi entregue e recolhido pelo coletador, individualmente aos participantes do estudo, durante visitas nos hospitais.

4.8 Análise dos dados

A análise dos dados obtidos por meio da aplicação do questionário estruturado tem caráter descritivo e estatístico, utilizando-se o *software Statistical Package for Social Sciences - SPSS* versão 22.0. O SPSS é uma ferramenta para análise de dados utilizando técnicas estatísticas básicas e avançadas. Consiste em um software estatístico, internacionalmente utilizado há muitas décadas e de fácil manuseio. Possibilita ao pesquisador a criação de um banco de dados. O Banco de dados resultante é um conjunto de dados registrados em uma planilha, em forma de matriz, com “n” linhas, correspondentes aos casos em estudo e “p” colunas, correspondentes às variáveis em estudo ou itens de um questionário (MUNDSTOCK et al. 2006).

As respostas foram digitadas a partir de codinomes atribuídos aos hospitais integrantes do estudo, em ordem de início da digitação. Utilizou-se os codinomes H1, H2, H3 e H4 para denominação dos Hospitais.

Os dados foram organizados, descritos, interpretados e analisados estatisticamente e expressos por meio de um quadro e tabelas. Foram descritas estatisticamente as características dos participantes e de todas as variáveis estudadas. Na sequência, analisou-se as questões por área, estabelecendo uma média de respostas afirmativas, negativas, parciais e desconhecidas para cada área. Por fim aplicou-se o teste qui – quadrado para comparar as respostas afirmativas em relação às demais agrupadas, considerando-se como nível de significância 5%.

5 RESULTADOS

A pesquisa originou uma ampla base de dados sobre a temática explorada e possibilitou uma análise sob o olhar dos profissionais que atuam nos hospitais permitindo a reflexão da segurança do paciente sob vários aspectos. Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente, estabelecendo-se percentuais, médias e nível de significância com utilização de *software* e aplicação do teste qui-quadrado. Os resultados foram organizados e culminaram com a construção de um artigo científico submetido à publicação em março de 2016.

5.1 Apresentação dos resultados

Os resultados obtidos a partir do questionário, foram digitados e arquivados em um banco de dados do software SPSS e organizados em um quadro (APÊNDICE 5) e tabelas (APÊNDICE 6) com o objetivo de verificar estatisticamente as variáveis pesquisadas.

5.1.1 Descrição

A seguir é apresentada a descrição dos resultados, considerando as informações sobre os hospitais integrantes do estudo, perfil dos profissionais e as variáveis das doze áreas relevantes para a segurança do paciente.

Os hospitais participantes são de grande porte, assim classificados por disponibilizarem de 151 a 500 leitos para internação. As duas primeiras instituições pertencem à macrorregião do Planalto Serrano, tendo como representantes o Hospital H1, designado como Geral/Referência que dispõe de 206 leitos para internação e um total de 680 funcionários, contribuindo com 69 questionários (30,4%) e o Hospital H2, Filantrópico, que oferece 197 leitos para internação, um total de 522 funcionários e 41 questionários respondidos (18,1%). Representando a macrorregião Nordeste do Estado, participaram o Hospital H3, considerado Geral/Referência e de Ensino, dispondo de 279 leitos para internação, com total de 951 funcionários e 56 questionários (24,7%) e o Hospital H4, Geral/Referência, com 234 leitos para internação, um total de 1.409 funcionários e 61 questionários (26,9%). O número total de questionários foi 227, sendo 223 funcionários da equipe multiprofissional e quatro coordenadores ou gestores da segurança do paciente.

Quanto ao perfil dos participantes, observa-se uma predominância do sexo feminino, resultado que pode estar relacionado com o perfil profissional dos participantes, em sua maioria da enfermagem, muito ligada ainda às questões de gênero na profissão. Em relação à idade identifica-se um perfil de adultos jovens, com poucos acima dos 50 anos. Em relação ao grau de instrução, predomina o ensino superior completo em mais da metade das respostas. Estes dados apontam para uma preocupação com estudo e possivelmente carreira, além da atualização profissional. No que diz respeito à carga horária semanal dos participantes constata-se que a maioria, cumpre até 30h (46,7%) e chama a atenção o número representativo de profissionais que cumprem jornada de até 50h (22,9%), seguido dos que trabalham até 40h (18,1%), indicando risco de sobrecarga profissional.

Verifica-se que entre os participantes há desempenho de funções ou cargos diversos, de atuação direta junto aos pacientes e de profissionais da área da saúde, como evidenciado pelo número expressivo de técnicos de enfermagem (37%), auxiliares de enfermagem (3,5%) e enfermeiros (19,8%) que juntos representam 60,3%. O número reduzido de auxiliares traduz a perspectiva e ofertas dos cursos técnicos e mais especializados na enfermagem. Outros profissionais da equipe aparecem em 4,8% (fisioterapeutas), 4,4% (médicos), 2,6% (farmacêuticos), 2,6% (assistentes sociais), 2,2% (psicólogos), 1,3% nutricionistas, 0,9% (técnicos em radiologia), 0,9% (terapeutas ocupacionais) e 0,4% (fonoaudiólogo). Entre as funções exercidas, destaca-se as consideradas administrativas, sendo citados os cargos de chefia em 3,5%, técnico administrativo em 7,5%, auxiliar de serviços gerais (1,8%) e escriturário em 1,8%. Outras funções aparecem, porém são menos expressivas, tais como, administrador (0,9%), contabilista (0,4%), porteiro (0,4%), recepcionista (0,4%) e analista técnico (0,9%).

5.1.1.1 Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde

Em relação à existência de algum programa que promova a melhoria da qualidade, os participantes demonstram conhecer a existência deste nos hospitais com 39,2% de respostas positivas, embora as respostas negativas (12,3%), desconhecidas (26,4%) e as que julgam atender parcialmente (17,2%) sejam expressivas e somadas alcancem 55,9%, presumindo-se que estes programas ainda precisam de consolidação e divulgação. Quando questionados sobre os processos organizados para aquisição e fornecimento de materiais, a maioria

respondeu que existem (59,0%), que atendem parcialmente (18,1%), desconhecem (10,6%) e 7,5% deram resposta negativa à existência de processos organizados. Em relação à adequação da estrutura física dos hospitais, evidencia-se um descontentamento entre os profissionais, com 30,4% de respostas negativas e 43,2% atendendo parcialmente em comparação aos 18,5% que consideraram a estrutura física adequada. Quanto ao acesso confiável à telefonia e à internet nas dependências do hospital, grande parte mostrou-se satisfeito, com 52,9% de respostas positivas e 22,9% optando pela resposta de atendimento parcial. O fornecimento adequado de materiais aponta para um empate entre os que consideraram adequado (37%) e os que consideraram que atende parcialmente, (37,9%); os que responderam não, totalizaram 19,4%. A pesquisa constata a existência de sistemas informatizados para o registro da assistência nos hospitais, onde as respostas positivas destacaram-se em 70% e negativas 9,7%. Nesse conjunto de questões, nota-se fragilidade relacionada com adequações no número de profissionais; a maioria respondeu que este não é adequado (55,1%) ou atende parcialmente (27,8%) e apenas 11,9% consideram que a quantidade de profissionais existente é adequada. No tocante à realização de auditorias clínicas, os profissionais responderam que existem (41,9%), desconhecem (32,6%), atende parcialmente (10,1%) e não existem (12,3%) nos hospitais. A existência de comissões atuantes dentro dos hospitais é refletida em 63,4% de respostas positivas, parcialmente em 21,6% e não em 6,6% das respostas.

5.1.1.2 Política nacional de segurança do paciente

Os participantes que afirmam conhecer a política nacional de segurança do paciente constituem 43,2%, as respostas negativas correspondem à 28,2%, os que desconhecem 14,1% e atende parcialmente 14,1%. Quanto à existência do programa nos hospitais, os resultados mostram que existe em 47,6% das respostas e não existem em 11%; as respostas intermediárias são representativas, obtendo em 15,4% (atende parcialmente) e desconhece (24,2%), somadas exibem 39,6%. Cerca de 31,3% dos sujeitos afirmam conhecer o programa de segurança do paciente em seu local de trabalho, 30,8% não conhecem; os que responderam atende parcialmente correspondem a 15,9% e os que desconhecem 20,7%. Estas informações apontam para a necessidade de divulgação e consolidação dos programas nos hospitais. Quando perguntados se participam das decisões relacionadas com a segurança do paciente, 71,8% responderam que não participam. Em relação à

notificação de erros, incidentes ou eventos adversos, 37,4% afirmam que estes são notificados; entretanto, 25,1% que responderam atende parcialmente mais 23,3% desconhecem esta prática. Apenas 26,4% afirmam existir um processo de investigação de erros, a maioria (34,8%) desconhece essa informação. Em torno de 14,5% confirmam que a investigação é realizada por equipe multiprofissional; o percentual de profissionais que desconhecem esse dado é alto, 40,1%, os que não conhecem representam 22,5% e os que responderam atende parcialmente 20,3%.

5.1.1.3 Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente

Grande parte dos indivíduos desconhece se as instituições disponibilizam manuais para consulta com o tema (43,6%) e se existem, 44,5% destes não tem acesso a esses manuais; 25,6% desconhecem e 22,9% tem acesso. A educação permanente é presente nos hospitais em 41,4% das respostas. Contudo, 35,7% desconhecem se a segurança do paciente está incluída nas atividades de educação permanente; 31,3% optaram pela resposta sim, 18,9% não e 11% atende parcialmente. Um número significativo de funcionários (59,9%) nunca participou de capacitações sobre segurança do paciente promovidas em suas instituições e 66,5% não participaram de capacitações externas. Em torno de 28,5% dos profissionais já participaram de capacitações sobre segurança, promovidas pela instituição ou em outros locais. Para 31,3% dos participantes, há um programa de educação permanente para novos funcionários, os que responderam não a esse questionamento correspondem à 26,4% e os que desconhecem são 26%, 13,7% responderam que atende parcialmente. Para 51,5% dos profissionais, existem protocolos institucionais disponíveis para apoio à condutas e decisões e 24,7% desconhecem sobre sua existência; 37,9% conhecem esses protocolos. Quanto à utilização de fluxogramas de atendimento, 41% confirmam sua existência e 34,8% desconhecem; 11,9% responderam que não existem e 11% atende parcialmente. Os fluxogramas são conhecidos por 30,4% e 51,1% não conhecem; os que conhecem parcialmente correspondem a 15,4%. Cerca de 47,6% não utilizam listas de verificação ou *checklist*, 28,6% afirmam utilizá-las, 13,7% desconhecem os mesmos e 7,5% utilizam parcialmente.

5.1.1.4 Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente

Quando perguntados se o hospital havia participado de alguma atividade de sensibilização sobre a segurança do paciente no último ano, 38,3% disseram que sim, 39,2% desconhecem a informação e 16,7% responderam que não. Para 34,4% há, nas instituições, mecanismos de informação dos direitos dos pacientes, 35,7% desconhecem esse dado e 16,3% assinalaram que não, 10,6% responderam atende parcialmente. Dos participantes, 70% confirmam a utilização de termos de consentimento antes da realização de procedimentos; 15% desconhecem e 9,7% atende parcialmente. Quanto à presença de mecanismos para compartilhamento de ideias e preocupações sobre segurança para pacientes, familiares e profissionais, destaca-se o número de sujeitos que desconhecem a existência desses mecanismos (44,1%), atende parcialmente 12,3%, não 19,4%; 22,5% das respostas foram positivas. Para os sujeitos, existe sensibilização das equipes, constituindo 27,3%; contudo, ao somarmos as demais respostas, (14,1% para não, 18,5% atende parcialmente e 37% desconhece) percebe-se que há necessidade de ampliar as estratégias de sensibilização sobre o assunto. Os profissionais desconhecem, em sua maioria (54,6%) se os hospitais possui ligações com a sociedade civil que podem ser utilizadas para a sensibilização sobre a segurança do paciente; apenas 16,7% afirmam que possuem ligação e 72,2% nunca participaram de atividades comunitárias de sensibilização sobre a temática. No que concerne à utilização de recursos visuais com estratégia de promoção do assunto, 55,5% asseguram que estes existem em seus locais de trabalho, 15,9% não utilizam, 15% parcialmente e 11,9% desconhecem a utilização desses recursos. Um resultado interessante revela, que para 42,7% dos profissionais, não existe uma conscientização coletiva sobre segurança do paciente nos seus ambientes de trabalho, outros (27,8%) optaram pela resposta atende parcialmente; a resposta sim aparece em apenas 16,3%.

5.1.1.5 Infecções relacionadas aos cuidados de saúde

Nas questões relacionadas com infecções e cuidados de saúde, percebe-se o conhecimento dos participantes sobre a presença das comissões de controle de infecção nos hospitais em estudo. Dessa forma, 80,6% corroboram com a existência do serviço. Apesar disso, 55,9% conhecem as atribuições dessas equipes. Em torno de 44,1% sinaliza que a comissão realiza reuniões com outros profissionais, os demais

responderam não (15,9%), atende parcialmente (14,1%) e desconhecem (24,2%). Os índices de infecção são divulgados nas instituições para 51,1% dos sujeitos. Alcançamos percentual idêntico (51,1%) quando indagados sobre receber visitas periódicas dessa comissão em seus setores de atuação. Analisando estes índices, observa-se que, cerca de metade dos sujeitos não conhece ou conhece pouco as atividades das comissões de infecção. Grande parte afirma existir normas escritas ou rotinas para práticas assépticas (71,4%), rotinas sobre limpeza e desinfecção de superfícies (65,6%), sobre lavagem de mãos (90,7%), rotinas e normas para desinfecção e esterilização de materiais (73,1%) e a elaboração de normas e rotinas para isolamentos e precauções está presente em 80,6% das respostas. Nas questões de segurança do profissional, 74,9% confirma normas e rotinas para uso de equipamento de proteção individual. Quanto às rotinas referentes à administração de medicamentos, 63,4% atestam que estas existem, assim como rotinas para uso de antibióticos (60,8%) embora 21,1% desconhecem as mesmas. No que diz respeito à divulgação de informações sobre resistência antimicrobiana nos hospitais, 45,4% as desconhecem e 28,6% afirmam conhecê-las. Quando perguntados se seguem as normas e rotinas relacionadas à prevenção de infecções, menos da metade dos profissionais confirmam seguir (47,1%), 22,9% parcialmente e 20,3% não seguem. Dos participantes, 43,6% sustentam que são realizadas capacitações sobre infecções associadas ao cuidado, 88,5% que visualizam lembretes e cartazes sobre higiene das mãos, 63,4% outros temas afins, e 66,1% confirmam esses recursos visuais também em áreas destinadas aos pacientes. O serviço de microbiologia dos hospitais é conhecido por 75,3% dos sujeitos e 14,1% desconhecem. O sistema de notificação de doenças infecciosas é familiar para 73,6%. Em relação ao suprimento de alguns materiais, está adequado para sabão (63%), papel toalha (62,1%) e álcool (53,3%), demonstrando que uma parte importante dos profissionais, considera o suprimento inadequado. As medidas de avaliação e padronização de materiais nas instituições são realizadas para 47,1% dos colaboradores. Na opinião dos indivíduos há quebra das normas, rotinas e protocolos em seus locais de trabalho (60,8%), 18,1% desconhecem, 10,1% responderam que não e 9,3% atende parcialmente.

5.1.1.6 Proteção dos trabalhadores de saúde

Para os trabalhadores a política de proteção ainda é incipiente. Apenas 31,3% destes testemunham sua presença nos hospitais, onde identifica-se respostas negativas por 28,2% dos trabalhadores, que atende

parcialmente para 15,4% e 23,3% desconhecem sua existência. Quanto à disponibilização de equipamentos de proteção individual, 56,4% mencionam quantidade adequada, 24,7% atendimento parcial e 12,3% assinalaram negativamente. Os profissionais afirmam receber informações sobre o uso dos equipamentos de proteção em 57,3% das respostas, menos da metade recebe informações sobre os riscos e cuidados específicos dos locais de trabalho (48%), atende parcialmente (22,9%) e não 18,5%. Os registros e acompanhamento dos acidentes de trabalho são referidos por 71,8% dos participantes. Protocolos de profilaxia existem para 63,9% e 20,7% atestam que existem parcialmente. Sobre a presença de um mecanismo para se registrar o excesso de horas trabalhadas, 43,2% diz que está presente, 19,8% não e os que desconhecem somam 28,6%. Os profissionais testemunham que o acesso adequado a tratamento de emergência para os trabalhadores durante expediente é controverso, observando-se respostas positivas em 32,6%, negativas 33,9%, atende parcialmente 17,2% e desconhecem 14,1%. Na opinião dos sujeitos, os cuidados não são seguidos pelos profissionais em todos os setores (52,4%), parcialmente para 23,3% e sim por apenas 14,5%.

5.1.1.7 Gestão dos resíduos nos cuidados de saúde

Protocolos escritos sobre gerenciamento de resíduos existem nos hospitais e aparecem em 63,4% das respostas, 23,3% desconhecem sua existência. Em torno de 37,4% leu os mesmos, contra 30,8% que respondeu não, 18,5% desconhecem e 10,6% parcialmente. O suprimento de materiais para coleta de resíduos está adequado para 48,9%, não para 14,1%, atende parcialmente 19,4% e desconhece 15,4%. Os tipos de resíduos são divulgados no hospital, com 46,3% de respostas positivas, não para 20,7%, parcialmente 16,7% e desconhece 14,5%. Percentual semelhante nota-se quanto à informação de como e onde descarta-los (46,3%). Os índices sugerem que mais da metade dos trabalhadores ainda apresentam dúvidas e para a maioria 57,3% ainda existem problemas com a segregação de resíduos nos hospitais em estudo.

5.1.1.8 Intervenções cirúrgicas seguras

Os resultados apontam para a presença de protocolos de identificação do paciente nas instituições, cujo percentual de respostas positivas foi 57,3%, parcialmente 10,6%, desconhece 18,9% e não, 11%. Sobre a presença de um protocolo específico para admissão de pacientes

cirúrgicos, obteve-se 48% de respostas sim e 33% desconhece; as respostas não correspondem a 10,1% e parcialmente 6,2%. Em relação à existência de um sistema para registrar os erros relacionados à procedimentos cirúrgicos, 61,2% dos profissionais responderam desconhece, 15% sim e 15%. Quanto ao registro dos óbitos ocasionados por procedimentos cirúrgicos 59,9% desconhecem e 21,6% afirmam que existe. Para 28,6% dos sujeitos, existe um protocolo para transporte de pacientes nos hospitais, entretanto, 45,4% desconhecem. Quando perguntados se os protocolos são seguidos pelos profissionais em todos os setores, 57,3% desconhece, 16,3% responderam que não, 12,3% que sim e 11,5% parcialmente.

5.1.1.9 Segurança relacionada aos medicamentos

As respostas relacionadas com a segurança dos medicamentos nas instituições apontam que 44,9% desconhece a informação sobre existência de comissões atuantes nessa área específica, 29,1% dizem que sim, 16,3% que não e 7,5% que atende parcialmente. No que concerne ao suprimento adequado dos medicamentos, 28,2% informam que sim é adequado, 25,1% não, que atende parcialmente 32,2% e 11,9% desconhecem. Referente à existência de prescrições médicas informatizadas, a maioria respondeu positivamente com percentual de 72,2%, não 11,9%, parcialmente 9,7%. Quanto à disponibilização de manuais para consulta de medicamentos, 52,4% afirmam que existem, 27,3% desconhecem e 10,1% responderam não a esse questionamento. A maioria desconhece se há sistema para registro de erros, incidentes e eventos adversos relacionados com medicamentos (43,2%); para 38,8% existe, não existe para 9,7% e atende parcialmente para 6,6%. Em relação à avaliação das prescrições médicas por farmacêuticos, a maioria 42,7% informam que desconhecem essa conduta, 34,4% responderam sim, 13,2% não e atende parcialmente 7%. Capacitações sobre administração de medicamentos são promovidas, nos hospitais, para 12,8% dos participantes, não são promovidas para 37%, parcialmente para 11% e 36,6% desconhecem.

5.1.1.10 Parcerias para a segurança do paciente

Relativo ao envolvimento de pacientes e membros da comunidade na definição de prioridades, desenvolvimento de políticas, planejamento da prestação de serviços e segurança do pacientes, os participantes responderam desconhecer a informação (53,3%), não 30,4%, sim 10,1%

e parcialmente apenas 3,5%. Quanto à participação dos hospitais nas decisões do governo local, grande parte desconhece (61,2%) essa participação e 20,7% afirmam que sim; respostas negativas em 9,7% e parcialmente 6,2%. Percentuais parecidos alcançou-se em relação ao conhecimento de programas de extensão de atendimento à comunidade desenvolvidos pelos hospitais de estudo e a maioria 60,8% desconhecem esse dado. Os mesmos desconhecem a realização de parcerias com outros hospitais para ações de segurança do paciente (70,5%) e apenas 9,7% confirmam a existência. Quanto a parceria com instituições de ensino, os sujeitos responderam que são firmadas (76,7%) e 14,5% desconhecem.

5.1.1.11 Financiamento para a segurança do paciente

No que diz respeito ao financiamento para as ações de segurança do paciente, a maioria (78%) desconhecem se os hospitais recebem algum recurso, 8,8% assinalaram que não e 7,9% que sim. A maioria dos participantes respondeu que os hospitais recebem suprimentos do governo (68,3%).

5.1.1.12 Pesquisa para a segurança do paciente

Em relação ao desenvolvimento de pesquisas para avaliação dos problemas relacionadas à segurança dos pacientes, os participantes responderam, em sua maioria, que desconhecem essa informação (58,6%), os que responderam não são 25,1% e os que afirmaram somam 11,5%. Quanto ao desenvolvimento de pesquisas para gerar soluções, os percentuais foram parecidos, chegando-se à 60,4% de pessoas que desconhecem essas pesquisas, 21,6% que não, 11,9% que sim.

5.1.2 Aplicação do Teste Qui Quadrado

O teste foi aplicado com o intuito de avaliar a associação entre as variáveis afirmativas e as demais somadas, comparando-as e observando se há diferenças significativas entre elas.

A aplicação do teste qui-quadrado mostra nível de significância na maioria das questões quando comparadas respostas afirmativas em cada área às demais respostas somadas (negativas, parciais e desconhecidas). Entre as 114 questões, 15 (13,15%) não apresentaram diferença estatística importante e 99 (86,85%) foram significativas. Destas, 35 foram afirmativas e 64 negativas.

Os dados originais e resultados do teste Qui – Quadrado são apresentados no apêndice 6.

6 DISCUSSÃO

O manuscrito intitulado “Segurança do Paciente em Hospitais de Grande Porte: Panorama e Desafios” aborda a análise da situação da segurança do paciente em quatro hospitais de grande porte de Santa Catarina, buscando identificar prioridades para a melhoria da assistência. Os dados foram analisados considerando os 227 questionários, de uma forma geral e a discussão contemplou doze áreas relevantes a segurança do paciente.

Pretende-se, com os demais dados da pesquisa, escrever outros artigos. Um segundo objetivando explorar a percepção dos coordenadores de segurança do paciente sobre as potencialidades e fragilidades do tema nos hospitais e comparar com as respostas dos demais profissionais e um terceiro, propondo analisar a segurança do paciente nos hospitais, agrupados por macrorregiões, com enfoque no estabelecimento de parcerias e compartilhamento de experiências em segurança do paciente.

6.1 Manuscrito 1 - Segurança do Paciente em Hospitais de Grande Porte: Panorama e Desafios

PATIENT SAFETY IN LARGE HOSPITALS: OVERVIEW AND CHALLENGES

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALES DE GRANDE PORTE: REALIDADE Y DESAFÍOS

Giordana Dutra Sartor¹

Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós – Graduação em Ambiente e Saúde, UNIPLAC, Lages, SC, Brasil.

Letícia Kauling²

Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da UNIPLAC, Lages, SC, Brasil.

Marina Felippe³

Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da UNIPLAC, Lages, SC, Brasil.

Bruna Fernanda da Silva⁴

Bióloga, Doutora em Biologia Geral e Aplicada, docente do Programa de Pós – Graduação em Ambiente e Saúde, UNIPLAC, Lages, SC, Brasil.

Anelise Viapiana Masiero⁵

Cirurgiã-dentista, Doutora em Odontologia, docente do Programa de Pós – Graduação em Ambiente e Saúde, UNIPLAC, Lages, SC, Brasil.

RESUMO: O presente estudo, desenvolvido entre março a novembro de 2015 teve por objetivo explorar a situação da segurança do paciente em quatro hospitais de grande porte de Santa Catarina. A amostra foi constituída por 227 participantes. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário elaborado a partir de formulário proposto pela Organização Mundial de Saúde para avaliação da situação de segurança do paciente. Os principais resultados apontam para a necessidade de promover a cultura de segurança nas instituições de saúde englobando: questões estruturais; de comunicação e educação permanente; melhorias nos processos de trabalho com ênfase em elaboração de protocolos e outros instrumentos de gestão; notificação e investigação de eventos adversos; avaliação de indicadores; fortalecimento de parcerias e pesquisas na área. Conclui-se que existem ações de segurança em desenvolvimento e um movimento para a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Estado de Santa Catarina.

Descritores: Segurança do paciente; Eventos adversos; Cuidados seguros

ABSTRACT: This study, developed from march to November 2015, aims to explore the situation of the patient security in four large hospitals of Santa Catarina. The sample was constituted by the 227 participants. It was use as instrument for data collection a questionnaire drawn from proposed by the World Health Organization to assess the security patient situation. The main results show the need to promote a culture of safety in health institutions including: structural issues; permanent education and communication; improvements in work processes with emphasis on drawing up protocols and other instruments; notification and investigation of adverse events; evaluation of indicators; strengthening partnerships and research in the area. It is concluded that there are security actions in development and a movement for the implementation of the National Program of Patient Safety in the State of Santa Catarina.

Descriptors: Patient safety; Adverse events; Safe care

RESUMEN: El presente estudio, desarrollado de marzo a noviembre de 2015, tiene como objetivo explorar la situación de seguridad del paciente en cuatro hospitales de grande porte de Santa Catarina (SC). La muestra fue establecida por 227 participantes. Se utilizó como instrumento para recolección de datos un cuestionario elaborado a partir de un formulario propuesto por la Organización Mundial de la Salud para evaluación de la situación de seguridad del paciente. Los principales resultados apuntan para la necesidad de promover la cultura de seguridad en las instituciones de salud abarcando: cuestiones estructurales; de comunicación y educación permanente; mejoras en los procesos de trabajo con énfasis en la elaboración de protocolos y otros instrumentos de gestión ; notificación e investigación de eventos adversos ; evaluación de indicadores ; fortalecimiento de asociaciones e investigaciones en el área. Se concluyó que existen acciones de seguridad en desenvolvimiento y un movimiento para la implantación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente en el Estado de Santa Catarina.

Descritores: Seguridad del paciente; Eventos adversos; Cuidados seguros

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, observa-se o desenvolvimento de políticas e estratégias globais para a segurança do paciente, em países com diferentes níveis de desenvolvimento, impulsionadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e assim, o tema vem se disseminando entre as instituições de saúde.¹

Entende-se que o cuidado à saúde prima pelo comprometimento da instituição quanto aos serviços prestados e com a segurança do cliente, promovendo uma assistência de qualidade livre de riscos ou falhas.² De acordo com a OMS muitos pacientes sofrem lesões por falhas na assistência à saúde, estimando-se que, a cada dez pacientes, um sofra algum evento adverso durante o atendimento nos hospitais.³

Dessa forma, torna-se necessário o desenvolvimento e a incorporação de estratégias que objetivem a mudança na cultura institucional, detecção das falhas e prevenção de erros, com a implantação de medidas para a melhoria da qualidade dos processos realizados.²

Estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nos serviços de saúde, como elaboração de protocolos específicos, ações que servem como barreira de segurança e educação permanente nos hospitais. A compreensão dos riscos, das características da assistência e a estrutura hospitalar pode fornecer elementos importantes para a melhoria da assistência, principalmente para a enfermagem.⁴

Uma das iniciativas organizada pela OMS que merece destaque é a Parceria Africana para a Segurança do Paciente (APPS), iniciada em 2008, qual listou doze áreas de ação relevantes para uma abordagem sustentável.⁵

Considerando a necessidade de reunir esforços para mudar a realidade e fortalecer a qualidade nos serviços de saúde no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da Portaria nº 529 de 1º de Abril de 2013.⁶ Tendo por base estes movimentos internacionais aliados as políticas nacionais de segurança do paciente, o presente estudo teve por objetivo explorar a situação da segurança do paciente em quatro hospitais de grande porte de Santa Catarina a fim de elencar prioridades para a melhoria da assistência nesses locais.

METODOLOGIA

A presente pesquisa integra a dissertação “Análise da Segurança do Paciente em Hospitais de Grande Porte de Santa Catarina” vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). O projeto foi contemplado com duas bolsas de iniciação científica financiadas pelo Fundo de Pesquisa da universidade e com a bolsa de estudo do Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina (UNIEDU/FUMDES). Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIPLAC conforme parecer nº 921.170 de 15/12/2014.

Consiste em um estudo quantitativo, descritivo, realizado entre março e novembro de 2015 em quatro hospitais de grande porte pertencentes às macrorregiões do Planalto Serrano e Nordeste de Santa Catarina que consentiram em participar da pesquisa. Foram critérios de inclusão para os hospitais: (a) ser denominado hospital, associação hospitalar ou fundação hospitalar; (b) caracterizar-se como hospital de grande porte, com mais de 150 leitos; (c) hospitais que aceitaram participar da pesquisa.

Os participantes foram escolhidos considerando os seguintes critérios: (a) ser funcionário do hospital em estudo e (b) aceitar participar voluntariamente. Os critérios de exclusão foram: (a) profissionais com carga horária semanal inferior a 10 horas; (b) acadêmicos, residentes e estagiários; (c) profissionais afastados do trabalho; (d) instrumentos preenchidos com menos da metade das questões e (e) desistências após início da coleta de dados.

A amostra foi intencional e não probabilística, por meio de amostragem aleatória simples, chegando-se ao número total de 227 questionários respondidos e devolvidos.

Aos profissionais que aceitaram participar com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aplicou-se um questionário elaborado a partir do Formulário Curto para Análise da Situação sobre Segurança do Paciente para a Parceria Africana, organizado pela OMS.⁷ Adaptou-se a terceira parte do formulário original às necessidades e contexto da pesquisa após realização de pré-teste. Foram incluídas informações relacionadas ao perfil dos profissionais participantes. O instrumento resultou em 114 questões estruturadas com padrão de respostas ‘sim, não, atende parcialmente e desconhece, mantendo as doze áreas propostas pela OMS.

Quadro 2. Descrição das 12 áreas integrantes do questionário, SC, Brasil, 2016

ÁREAS	CONTEÚDO DAS QUESTÕES
1) Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde (09 perguntas)	Programa de melhoria da qualidade, adequação da estrutura física, dos materiais e quantitativo de funcionários, existência de processo organizado para aquisição de materiais, comissões e auditoria.
2) Política Nacional de Segurança do Paciente (09 perguntas)	Política nacional e local de segurança do paciente, indicadores de assistência, notificação e revisão de incidentes, erros e eventos adversos.
3) Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente (13 perguntas)	Conhecimento e utilização de manuais, protocolos, fluxogramas e listas de verificação na assistência, programa de educação permanente, capacitações sobre segurança do paciente.
4) Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente (10 perguntas)	Atividades e processos internos de conscientização coletiva para a segurança do paciente, sensibilização das equipes, direitos do paciente e oportunidade de relato e compartilhamento de ideias, utilização de recursos visuais.
5) Infecções relacionadas aos cuidados de saúde (28 perguntas)	Ações de prevenção e controle da infecção hospitalar, atribuição e organização da equipe, existência de normas e rotinas, utilização de recursos visuais, suprimento adequado de matérias para higiene das mãos, rotinas de microbiologia hospitalar e uso de antimicrobianos, divulgação de dados sobre infecção.

6) Proteção dos trabalhadores (10 perguntas)	Política de proteção aos trabalhadores, disponibilização e uso dos equipamentos de proteção individual, informação dos riscos ocupacionais, registro, atendimento e acompanhamento dos acidentes de trabalho, atitude em relação aos riscos.
7) Gestão dos resíduos no cuidado de saúde (06 perguntas)	Protocolos de gerenciamento de resíduos hospitalares, informação sobre tipos e descarte, suprimento de materiais.
8) Intervenções cirúrgicas seguras (09 perguntas)	Existência de protocolos para transporte, admissão e identificação de pacientes cirúrgicos, sistema de registro das complicações, óbitos e erros relacionados à procedimentos cirúrgicos, atitude em relação ao seguimento dos protocolos existentes.
9) Segurança relacionada aos medicamentos (09 perguntas)	Suprimento de medicamentos, existência de comitê e ações do profissional farmacêutico, manuais, informatização da prescrição, registros de incidentes, capacitações específicas.
10) Parcerias para a segurança do paciente (6 perguntas)	Envolvimento dos hospitais no desenvolvimento e planejamento de políticas públicas sobre segurança do paciente, parcerias.
11) Financiamento para a segurança do paciente (03 perguntas)	Orçamento, contribuição direta do paciente, contribuição do governo.
12) Pesquisa para a segurança do paciente (02 perguntas)	Desenvolvimento de pesquisas nos hospitais.

Fonte: OMS, 2012. Adaptado por SARTOR, 2016.

Os dados foram analisados por meio do *software IBM SPSS - Statistical Package for Social Sciences*, versão 22.0, utilizando-se os percentuais válidos. Foi realizada estatística descritiva de todas as questões. Na sequência, analisaram-se as questões por área, estabelecendo uma média de respostas afirmativas, negativas, parciais e desconhecidas para cada área. Por fim aplicou-se o teste qui – quadrado para comparar as respostas afirmativas em relação às demais agrupadas (negativas, parciais e desconhecidas), com nível de significância 5%.

RESULTADOS

O percentual de respostas válidas foi de 96,64%. A análise do perfil dos participantes mostra predominância de profissionais do sexo feminino, com idades entre 30 e 39 anos, com nível superior completo, da área de enfermagem, com atuação profissional de até 4,9 anos e carga horária de trabalho igual ou superior a 30 horas.

A média geral das respostas afirmativas foi de 35,38% e as respostas negativas, parciais e desconhecidas somadas representam 61,26%. Nas áreas 1,5,6 e 7 houve predominância de respostas afirmativas, com destaque para a área 5 – *Infeções relacionadas aos cuidados de saúde*, que dentre todas as áreas, atingiu o maior percentual de respostas afirmativas (61,22%). Nas demais áreas observa-se que a

soma de respostas negativas, parciais e desconhecidas é prevalente, com destaque para a área 12 – *Pesquisa para a segurança do paciente*, com menor percentual de respostas afirmativas (11,7%) e maior percentual de respostas desconhecidas (59,5%). A aplicação do teste qui-quadrado mostra nível de significância em 86,85% das questões.

Tabela 1. Percentual Médio de respostas obtidas em cada uma das 12 áreas propostas para o estudo considerando o n (227), SC, Brasil, 2016.

ÁREAS	Média de respostas obtidas em cada uma das áreas			
	<i>Afirmativas (%)</i>	<i>Negativas (%)</i>	<i>Atendem Parcialmente (%)</i>	<i>Desconhecem (%)</i>
1) Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde	43,75	21,15	23,5	8,25
2) Política Nacional de Segurança do Paciente	31,03	24,96	16,44	25,2
3) Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente	33,51	29,17	12,27	23,01
4) Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente	32,95	23,21	11,72	29,68
5) Infecções relacionadas aos cuidados de saúde	61,22	9,62	11,95	15,08
6) Proteção dos trabalhadores	43,31	23,87	17,23	13,96
7) Gestão dos resíduos no cuidado de saúde	49,93	17,6	13,66	16,71
8) Intervenções	27,12	12,37	8,1	49,27

cirúrgicas seguras				
9) Segurança relacionada aos medicamentos	38,28	18,48	10,23	30,35
10) Parcerias para a segurança do paciente	24,35	14,01	4,18	54,61
11) Financiamento para a segurança do paciente	27,46	21,43	3,96	43,76
12) Pesquisa para a segurança do paciente	11,7	23,35	2,2	59,5
Percentual Médio geral das respostas	35,38	20,18	10,30	30,78

Fonte: SARTOR, 2016.

Considerando todas as áreas analisadas destacam-se como pontos positivos 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 o uso dos mesmos; 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.

Em relação as fragilidades, evidencia-se o relato de: déficit nos processos para aquisição e fornecimento de materiais; inadequação do número de profissionais e programas de melhoria da qualidade; desconhecimento dos profissionais sobre a política nacional de segurança do paciente e de programas nos hospitais; ausência ou desconhecimento da notificação, investigação e registro de incidentes e eventos adversos; ausência de protocolos e fragilidades em capacitações; educação permanente voltada para a segurança do paciente; ausência de *checklist* e fluxogramas de atendimento. Deficiências ainda são apontadas no processamento das roupas; na divulgação dos dados sobre resistência antimicrobiana; no registro do excesso de horas de trabalho e na inexistência de tratamento de emergência para os trabalhadores; no

aprimoramento de protocolos e registros sobre complicações e eventos cirúrgicos; na segurança do uso de medicamentos; no fortalecimento de parcerias e pesquisas.

DISCUSSÃO

Muitos aspectos importantes podem ser discutidos à luz da segurança do paciente, mediante os resultados da pesquisa. Na área *Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde*, 82% dos entrevistados apontam o quantitativo de profissionais inadequado. Este índice aproxima-se do resultado obtido por Tomazoni *et al.*⁸, estudo no qual 71% dos funcionários responderam que o número de profissionais era insuficiente para atender a demanda de trabalho.

Ainda, observa-se que 87,7% dos participantes cumprem 30 ou mais horas semanais de trabalho. Este dado remete ao risco da exaustão e, portanto desatenção dos profissionais, o que pode levar a falhas. Alerta para a necessidade de uma distribuição equilibrada dos mesmos nos locais de trabalho, pois a associação da carga de trabalho e o aumento do número de pacientes por profissional da enfermagem, predispõe a ocorrência de eventos adversos. Em especial aumenta o risco de quedas e infecções, tendo impacto negativo para a segurança dos pacientes.⁹

Ao analisar os resultados que englobam condições de trabalho, percebe-se a necessidade de implantação de melhorias que incluem adequação do número de profissionais e das estruturas existentes, e concorda-se com Reis,¹⁰ que a responsabilidade da ocorrência de eventos adversos não é exclusiva dos profissionais, mas inclui as deficiências do sistema de prestação de cuidados, em sua concepção, organização e funcionamento. É necessário conhecer as fragilidades existentes e propor medidas preventivas.¹¹

A existência de sistemas informatizados para o registro da assistência teve destaque positivo, assim como comissões e auditorias clínicas. Sousa *et al.* apontam que os sistemas de informação contribuem para a organização das informações, para o respaldo ético legal dos profissionais, para o aprimoramento e fortalecimento do cuidado. Proporcionam gerenciamento de informações, concepção de ferramentas de apoio à decisão e produção de indicadores de qualidade da assistência prestada.¹²

Quanto à *Política nacional de segurança do paciente*, evidencia-se que boa parte dos profissionais tem conhecimento sobre ela e afirmam que a mesma se faz presente nos hospitais. Entretanto, um número

expressivo de sujeitos, demonstra não conhecer o programa em seu local de trabalho. Destaca-se o percentual de respostas negativas em relação à participação nas decisões relacionadas à segurança do paciente (71,8%). O PNSP (escreva por extenso de novo, pois esta retomando a discussão) é recente e entende-se que as instituições estão em fase de implantação do mesmo. Este fato talvez possa justificar este percentual acentuado de respostas negativas.

Os eventos adversos são uma forma de reconhecimento dos erros, pois estão associados a danos e, portanto, são mais evidentes. Em um estudo realizado no Rio de Janeiro, identificou-se uma incidência de 7,6% de pacientes acometidos por eventos adversos, sendo que desses, 66,7% poderiam ser evitados. Além dos danos aos pacientes, a ocorrência de eventos aumenta o tempo de internação, mortalidade e custos com hospitalização.¹¹⁻¹³

Pacientes que sofreram eventos adversos apresentaram tempo médio de permanência no hospital de 28,3 dias superior ao observado em pacientes que não sofreram danos, resultando em 181 dias adicionais de internação e gastos adicionais. Esses recursos poderiam ser utilizados para financiamento de outras necessidades de saúde da população,¹⁴ ou ainda em estratégias para prevenção de eventos adversos evitáveis. Em relação ao *Financiamento para a segurança do paciente*, 78% dos profissionais desconhecem a existência de recursos específicos este fim, sendo o governo o principal mantenedor destas instituições.

A área *Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente*, revela a existência dos programas de educação permanente nos hospitais (41,4%), mas nota-se déficit em relação à inclusão da temática segurança do paciente, tanto em capacitações, quanto em utilização e divulgação dos protocolos, fluxogramas e *checklists* existentes. Estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nos serviços de saúde, como elaboração de protocolos específicos, ações estas que servem como barreira de segurança e educação permanente nos hospitais.⁴ Uma das fragilidades encontradas está relacionada com a comunicação e a divulgação do que já existe, onde acessar, como utilizar e o que está sendo desenvolvido, requerendo melhorias. As falhas de comunicação entre equipes podem causar diminuição da qualidade dos serviços, erros e danos potenciais aos pacientes. Nesse sentido a comunicação é tão importante na relação profissional de saúde/paciente quanto entre profissionais.¹⁵

Os resultados mostram que apenas 16,3% dos profissionais reconhecem a existência de uma conscientização coletiva sobre o tema e que há baixa adesão em atividades de sensibilização, organizadas pelos hospitais ou capacitações externas. Destaca-se, de forma positiva, a

existência de sistema para obter o consentimento do paciente antes de procedimentos (70%) e a utilização de recursos visuais para sensibilização dos profissionais, pacientes e familiares (55,5%).

A percepção sobre a cultura organizacional é fundamental para a segurança e pode ser definida como uma forma de perceber, pensar e sentir de um grupo.³ Quando pautada em culpa ou punição, pode comprometer o fluxo de informações e relatos de eventos, dificultando a construção de uma cultura voltada para a segurança do paciente. Para ser incorporada requer empenho e comprometimento da gerência e dos profissionais, bem como coesão e cooperação entre os diversos setores e departamentos.³ Nesse sentido, a cultura de segurança engloba padrões de comportamento de indivíduos e grupos, refletidos em valores e atitudes e determinam a forma como os profissionais exercem seu trabalho.⁸ A implementação da cultura de segurança pode estar associada com a diminuição dos eventos adversos e mortalidade, e, portanto, melhora na qualidade dos serviços.¹⁶

No que diz respeito à área *Proteção dos trabalhadores*, observou-se o fornecimento de equipamentos de proteção individual e informações sobre o uso, bem como o acompanhamento adequado dos acidentes de trabalho. Entretanto, identifica-se fragilidade no atendimento de emergência para os trabalhadores e no seguimento dos cuidados orientados, remetendo a quebras dos protocolos institucionais.

Em relação à *Parcerias para a segurança do paciente* revela-se o vínculo com instituições de ensino (76,6%), potencialidade para o desenvolvimento de pesquisas na área. Contudo, há desconhecimento dos participantes sobre a participação dos hospitais e seus gestores em decisões políticas e planejamento de ações do governo, locais ou regionais, focadas na segurança do paciente. Dessa forma, além de desenvolver ações próprias, faz-se necessário ampliar parcerias e compartilhar experiências buscando aprendizado mútuo, ultrapassando fronteiras institucionais e até internacionais.¹⁷

A área *Pesquisa para a segurança do paciente* aponta para a necessidade de abrir espaço para a pesquisa nas instituições de saúde, tanto para identificar causas, como propor soluções. A OMS recomenda seis áreas de pesquisa prioritárias, conforme o nível de desenvolvimento dos países. No caso do Brasil, país em desenvolvimento, orienta concentrar pesquisas aplicadas e de avaliação, buscando desenvolver soluções locais com bom custo-benefício.¹⁸

Referente à *Gestão dos resíduos no cuidado de saúde*, os dados revelam, de forma positiva a existência de protocolos escritos sobre o gerenciamento dos resíduos nos hospitais (63,4%) assim como a

divulgação de informações e suprimento adequado dos materiais. Porém 57,3% dos profissionais afirmam haver problemas de segregação.

Os dados obtidos na análise das questões sobre *Infeções relacionadas aos cuidados de saúde* atestam que esta área está bem organizada e desenvolvida nas instituições. As infecções associadas aos cuidados afetam frequentemente os pacientes e podem levar a um aumento de 10 a 40% na mortalidade. Entretanto, algumas estratégias, como a higienização das mãos, constituem uma medida de baixo custo e alto impacto na prevenção de infecções.¹⁹ Assim, estratégias como as de adesão à higienização das mãos devem ser constantemente estimuladas, auxiliando os profissionais na identificação de oportunidades para sua realização.

Quanto à *Segurança relacionada aos medicamentos*, constata-se a existência de manuais e rotinas para consulta e sistema informatizado para prescrição. Há déficit em capacitações, em suprimento de medicamentos e conhecimento sobre o papel dos farmacêuticos na avaliação e recomendações em prescrições. Os erros de medicação são ocorrências graves, acarretando em danos físicos e as vezes sociais e custos elevados para os sistemas de saúde. Envolvem a participação de muitos processos e profissionais, o que eleva os riscos. Os erros podem estar relacionados com a prática, falhas de comunicação entre os profissionais, erros nas prescrições, rótulos e embalagens, na identificação do paciente, em doses, na preparação, distribuição e administração, entre outros.²⁰

Muitos aspectos relacionados às *Intervenções cirúrgicas seguras* são ainda desconhecidos pela maioria dos profissionais e incluem protocolos específicos, como de admissão dos pacientes e sistemas para registrar e analisar complicações e óbitos associados aos procedimentos cirúrgicos. O uso de formulários de admissão e listas de verificação ou *checklists* tem mostrado melhora na comunicação entre as equipes, promovendo segurança quanto as informações prestadas para melhor atendimento dos pacientes. Ao se implantar listas de verificação os profissionais seguem rigorosamente as etapas de preenchimento, o que auxilia também na tomada de decisão.²¹

Um aspecto relevante para essa discussão é que existe, hoje, uma relação firmada entre instituições de saúde e pacientes, onde ambos procuram soluções adequadas e práticas seguras, interferindo no trabalho de todos, e principalmente naquelas profissões atreladas ao cuidado. Assim, pode-se destacar que cada profissão envolvida tem sua responsabilidade no cuidar e fica evidente a necessidade de uma linguagem interdisciplinar para atender a todas as transformações necessárias pela segurança dos pacientes. Esta linguagem pode ser

traduzida pelo desenvolvimento de programas e indicadores de qualidade, acreditação hospitalar, análise de eventos adversos, elaboração e implementação de protocolos e outras práticas preventivas.²²

Os gestores, nesta perspectiva, também tem responsabilidades administrativas, éticas e legais na alocação de recursos humanos e materiais, bem como na proposição de qualificação dos profissionais para enfrentamento dessa nova realidade.²²

O uso do formulário curto⁷ parece, até o momento, ser inédito no Brasil, pois não encontram-se publicação nacionais para comparação de resultados. O relatório publicado em 2014 pela OMS que avalia a parceria africana para segurança do paciente (APPS) mostra impacto positivo em vários indicadores. A análise situacional é uma ferramenta que gera uma extensa base de dados e permite aos hospitais acompanhar a evolução das melhorias ao longo do tempo. Entre os principais resultados, o modelo de parcerias auxiliou no desenvolvimento de lideranças, estimulou, entre os hospitais parceiros, o co-desenvolvimento de soluções, influenciou o comportamento dos profissionais e também reconheceu dificuldades e limitações relacionadas à diversidade entre projetos e atividades entre os parceiros.²³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a situação de segurança do paciente é etapa primordial às instituições de saúde que buscam a excelência e, dessa forma, impactar na qualidade dos cuidados oferecidos. Assim tem destaque como uma área de relevância mundial que, entre outros objetivos, busca o desenvolvimento de uma cultura de segurança nos hospitais e práticas assistenciais seguras.

Os resultados são relevantes, na medida em que apontam lacunas e prioridades no planejamento das ações para a segurança do paciente, e também possibilitam a reflexão e o compartilhamento, entre hospitais, das experiências exitosas já existentes. Cada instituição, pode ampliar a discussão sobre áreas específicas, envolvendo gestores, lideranças e demais profissionais da equipe multidisciplinar, promovendo um ambiente de escuta, acolhimento das demandas, construção coletiva e aprendizado em prol da segurança do paciente.

Foram delineados vários aspectos a serem explorados pelos hospitais, como a promoção da cultura de segurança nas instituições de saúde, implementação das estratégias de comunicação, fortalecimento dos programas de educação permanente, reorganização dos processos de

trabalho, utilização de instrumentos de gestão, estímulo à notificação e avaliação de eventos adversos, fortalecimento de parcerias e pesquisas na área, entre outros.

Por fim, conclui-se que existem ações de segurança pertinentes em desenvolvimento nos hospitais, e um movimento significativo para a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Estado de Santa Catarina, mas este permeado por desconhecimento e incertezas por parte dos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Ques ÁAM, Montoro CH, González MG. Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professionals' opinion. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 June [cited 2016 Feb 29] ; 18(3): 339-345. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300007>.
2. Almeida LC, Faria JS, Machado APN, Gonçalves RPF, Teixeira MG, Oliveira RS. et al. Gestão de risco hospitalar: um enfoque na qualidade e segurança do paciente. *Rev. Gestão e Saúde*. [internet] **October** 2014. [cited 2016 Feb 2016] Available from <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/692>.
3. Françolin L., Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2015 Apr [cited 2016 Feb 29] ; 49(2): 0277-0283. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200277&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000200013>.
4. Oliveira RMs, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 Feb 29] ; 18(1): 122-129. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

81452014000100122&lng=en.
8145.20140018.

<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.

5. Organização Mundial da Saúde. Parceria africana para a segurança do paciente. melhorar a segurança do paciente: primeiros passos. [Internet] 2012. [Cited 2016 Jan 29] available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/resources/APPS_Improving_PS-1st_steps_2012_04_PT.pdf?ua=1

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529 de 1º de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente (PNSP). [Internet]. Brasília; 2013 Apr. Available from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

7. Organização Mundial da Saúde. Parceria africana para a segurança do paciente. análise da situação sobre segurança do paciente (formulário curto). [Internet] 2012 Jul [cited 2016 Feb] available from http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/resources/APPS_Improv_PS_Situational_Analysis_SF_2012_07_PT.pdf?ua=1

8. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 Feb 29]; 24(1): 161-169. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100161&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>.

9. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 Feb 29]; 21(spe): 146-154. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700019>.

10. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 July [cited 2016 Feb 29]; 18(

7): 2029-2036. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>.

11. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2015 Feb [cited 2016 Feb 29] ; 68(1): 144-154. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>.

12. Sousa PAF, Dal Sasso GTM, Barra DCC. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2012 Dec [cited 2016 Feb 29] ; 21(4): 971-979. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400030&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400030>.

13. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care. [Internet] 2009 Aug [cited 2016 Feb 20] (4):279-84. Available from <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279>.

14. Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no brasil. Revista Portuguesa de Saúde Pública, [Internet], 2010. v.10, p. 74-81, [cited 2016 Feb 29] Available from <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/8-A%20magnitude%20financeira%20dos%20eventos%20adversos%20em%20hospitais%20no%20Brasil.pdf>

15. Santos MC, Andrade AG, Graça GT, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Rev Port Saúde Pública. [Internet] 2010; [cited 2016 Feb 29] vol Temat (10):47-57. Available from: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/6-Comunicacao%20em%20saude%20e%20a%20seguranca%20do%20doente.pdf>.

16. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani, SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 29] ; 25(5): 728-735. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>.
17. Landrigan CP. Condições de trabalho e bem-estar dos profissionais de saúde: compartilhamento de lições internacionais para melhorar a segurança do paciente. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Feb 29] ; 87(6): 463-465. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572011000600001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572011000600001>.
18. Urbanetto JS, Gerhardt LM. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa [Editorial]. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet] 2013 [cited 2016 Feb 29] ;34(3):8-9. Available from : <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43294/27285>.
19. Rodriguez V, Giuffre C, Villa S, Almada G, Prasopa-Plaizier N, Gogna M. et al. A multimodal intervention to improve hand hygiene in ICUs in buenos aires, argentina: a stepped wedge trial. *International Journal for Quality in Health Care*, [Internet] 2015,[cited 2016 Feb 29] 27(5), 405–411. doi: 10.1093/intqhc/mzv065. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26346932>.
20. Santi T, Beck CLC, da Silva RM, Zeitoune RG, Tonel JZ, dos Reis DAM. Error de medicación en un hospital universitario: percepción y factores relacionados. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2014 Jul [cited 2016 Mar 01] ; 13(35): 160-171. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300010&lng=es.
21. Laing GL, Bruce JL, Clarke DL. Tick-box admission forms improve the quality of documentation of surgical emergencies, but have limited impact on clinical behaviour. *S Afr Med J*[Internet] June 2014, [cited

2016 Feb 29] Vol. 104 (6): 435 -438. DOI: 10,7196 / SAMJ.7673. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25214255>.

22. Vargas MAO, Luz AMH. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. *Enfermagem em foco*, 2010; 1(1): 23-27. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5> access on 08 mar. 2016.

23. Organização Mundial da Saúde. African partnerships for patient safety evaluation of a patient safety partnership programme. [Internet] 2014 Jan [cited 2016 Feb 29], available from <http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/events/evaluation-briefing-apps.pdf>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs, como objetivo geral explorar a segurança do paciente em hospitais de Santa Catarina, procurando conhecer o contexto de implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente e identificar fragilidades e potencialidades das ações desenvolvidas pelos hospitais participantes. Nesse sentido, os objetivos foram alcançados, uma vez que revelou resultados significativos e que podem ser esmiuçados de muitas formas e correlações e ainda servir como fonte de informação para sustentar as estratégias dos gestores nos hospitais. Existem muitas possibilidades de ampliar as reflexões sobre os dados da pesquisa. Nesse sentido, encaminharemos aos gestores, os resultados da pesquisa e as reflexões geradas.

Os próprios resultados indicam a relevância de se incentivar as pesquisas na área, principalmente dentro dos hospitais. Estas instituições estão envolvidas com a segurança do paciente e estão se movimentando para implantação de diretrizes nacionais e internacionais. Embora exista uma bibliografia ampla sobre a temática, em estudos desenvolvidos em vários países, cada serviço pode identificar aspectos potenciais para propor pesquisas, fundamentadas em seu meio e contexto, a fim de transformar a realidade local. Acredita-se ainda que pode-se ampliar essas discussões entre as instituições, firmando parcerias e compartilhamento de experiências positivas. Apoiar o fomento de pesquisas na área é primordial. A segurança se constitui como um tema que pode ser amplamente estudado e explorado no Brasil e, principalmente, nos hospitais, ao considerarmos a incidência dos eventos adversos nesses locais.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente é, em termos de políticas públicas, muito recente. É natural e compreensível que a maioria dos hospitais estejam em fase de adequação das ações já em andamento, com a nova estrutura proposta pelo Ministério da Saúde, que contempla objetivos, criação de núcleos, definições e obrigatoriedades, entre outros. Programas de qualidade também são indícios de que as organizações estão conscientes da necessidade de tornarem-se mais seguras.

Muitas ações ligadas à segurança do paciente já estão bem estruturadas. Destaca-se como favorável a constituição das comissões de controle de infecção, propostas em construção há muito tempo, que desenvolvem suas atividades como um dos serviços mais importantes dentro dos hospitais, impactando diretamente na saúde dos pacientes.

Entretanto, fica claro que precisa-se reunir esforços para disseminar a cultura de segurança e entre os eixos prioritários estão a

melhoria dos processos de trabalho e também a comunicação entre equipes, pacientes e familiares, setores e alta direção. Esta concepção surge ao identificarmos nos resultados, muitas respostas que apontam para as incertezas expostas pelos participantes.

Ao concluir este estudo, faz-se também reflexões acerca da trajetória, que foi muito enriquecedora, tanto nos aspectos acadêmicos quanto em relação à relevância do tema abordado e seu impacto. Contribuiu muito para o cotidiano da minha profissão e como mestrandia, uma vez que ampliou meu conhecimento sobre pesquisa, em especial, nos estudos quantitativos. A estatística é uma aliada quando bem executada e aproveitada e possibilita utilização nas mais diferentes necessidades do dia-a-dia, como por exemplo, na composição dos indicadores de segurança do paciente, que se tornam poderosos instrumento de gestão.

O aprendizado também se faz nos momentos de dificuldade. Uma etapa difícil, porém superada, desse estudo foi a coleta de dados, mediante a amostra no planejamento inicial. Foram necessárias readequações ao longo do desenvolvimento e diminuição do universo de pesquisa.

Algumas dificuldades surgiram ao longo da pesquisa. A primeira a ser considerada foi a aplicação do questionário. Em todas as instituições foi necessário entregar o questionário aos participantes e agendar data para recolhimento dos mesmos, exigindo várias idas aos hospitais e setores até que a amostra ficasse completa, uma vez que as equipes trabalham em turnos diferenciados e nem sempre estavam presentes quando as visitas ocorriam. A segunda dificuldade foi a distância, tanto para apresentação do projeto, quanto para aplicação dos questionários e portanto, o resgate dos mesmos. Destaca-se que a pesquisadora não dispunha de dedicação integral à pesquisa o que impossibilitou as viagens aos hospitais, principalmente porque os contatos aconteciam em horário comercial e o tempo para aplicação dos questionários em cada hospital seria variável, requerendo muitos dias de afastamento do trabalho. Além disso, considerou-se os custos agregados com transporte, hospedagem, alimentação e outros.

Mesmo com necessidade de readequações, a pesquisa gerou muitos dados e várias possibilidades de análise, além da realizada no primeiro manuscrito. Existe a intenção em organizar outros dois artigos, explorando e aprofundando alguns aspectos que consideramos interessantes e que podem contribuir com o desenvolvimento da segurança do paciente nos hospitais que integraram a pesquisa. Em um deles, pretende-se conhecer a percepção dos coordenadores da segurança do paciente em relação às fragilidades e potencialidades ao seu desenvolvimento e comparar as respostas destes com as dos demais

participantes, uma vez que, numa análise preliminar, identificam-se várias ações em andamento, mas que não são conhecidas pelos profissionais. Assim, pode-se eleger quais áreas necessitam de intervenções e aprimoramentos e ainda visualizar a realidade de cada instituição.

Outra proposta é a de refletir sobre quais experiências, ações ou estratégias podem ser compartilhadas entre hospitais de uma mesma região, por meio da análise das fragilidades e potencialidades existentes entre eles. O estabelecimento de parcerias entre os hospitais pode agregar melhorias, espaços de discussão, construção coletiva e interlocução com todos os envolvidos, além de cativar a comunidade, e em especial familiares e pacientes. Uma estratégia que pode ser desenvolvida em conjunto, simples e efetiva é construir, nesses hospitais, um projeto de educação permanente com foco na segurança do paciente.

Os hospitais caracterizam-se como ambientes complexos, onde são oferecidos serviços distintos e críticos importantes para os pacientes e que agrupam muitos profissionais e uma variedade de processos de trabalho que ocorrem simultaneamente e interagem entre si. Por serem complexos, são espaços de atuações interdisciplinares, tanto em discursos, como em ações, o que é fundamental, quando se pensa em práticas seguras de saúde. A articulação de todos esses saberes, incluindo os dos pacientes, é um desafio às instituições que procuram essa segurança, onde promover essa união e ainda provocar uma mudança na cultura organizacional exige um desprendimento para uma nova concepção de fazer saúde.

Esse desafio nos leva a refletir sobre as práticas e atitudes existentes e que muitas vezes, se configuram como obstáculos ao pleno desenvolvimento de uma cultura de segurança nos hospitais. Diante de tantas respostas incertas, inadequadas e negativas, nos perguntamos se a informação é real, se chega aos profissionais ou ainda se esse tema não é significativo para impulsionar o interesse e as atitudes em prol da segurança do paciente. Quando você afirma não ter determinado domínio sobre um conhecimento, embora este seja consolidado e divulgado na instituição, pode estar dizendo nas entrelinhas, que não tem afinidade ou não quer se tornar responsável por ele. Isso define a atitude do profissional frente às questões de segurança e também a necessidade de repensar as estratégias. Chegar a essas conclusões, possibilita retratar a cultura organizacional existente e como fazer para transformá-la.

Esta perspectiva surge como um caminho para novas pesquisas e entendimento de todas as interfaces da segurança do paciente nos hospitais e reafirma a complexidade da temática estudada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lima CAL, Faria JSF, Machado APN, *et al.* Gestão de risco hospitalar: um enfoque na qualidade e segurança do paciente. Rev. Gestão e Saúde [Internet]. 2014 Jan. [citado em 28 Jan. 2016] Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/692>.
- Aranaz, AJM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, *et al.* Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). BMJ Quality & Safety - The international Journal of Healthcare Improvement. [Internet] 2011 June. Citado em: 28.08.2014. Disponível em: qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/06/28/bmjqs.2011.051284.abstract.
- Backes, MTS, Backes, Drago, LCD, *et al.* Cuidado ecológico como um fenômeno amplo e complexo. Rev. Bras. Enferm. Brasília, [Internet] v. 64, n. 5, p. 876-881, [Internet] Oct. 2011. Citado em: 25 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500012&lng=en&nrm=iso.
- Bathke, J, Cunico, PA, Maziero, ECS, *et al.* Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. Rev. Gaúcha Enferm., [Internet] Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 78-85, [Internet] June 2013. Citado em: 25 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200010&lng=en&nrm=iso.
- Beccaria, LM, Pereira, RAM, Contrin, LM, *et al.* Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v. 21, n. 3, [Internet] Aug. 2009. Citado em: 03.02.2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2009000300007&lng=en&nrm=iso.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Conceitos e Definições em Saúde. Brasília, 1977. [Internet]. Citado em: 25.11.2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>.

_____. Portaria n.º 529, de 1.º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília; 2013 (a). [Internet]. Citado em 25.02.2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013. Brasília, 2013 (b).

_____. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 2013. Brasília, 2013 (c).

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Citado em: 08.07.2014. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm.

CAPRA F. A teia da vida. São Paulo: Cultrix; 1996.

_____. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1997.

_____. As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável. São Paulo: Cultrix; 2002.

Capucho, HC, Cassiani, SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, Aug. 2013. Citado em: 25 Feb. 2016. [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400791&lng=en&nrm=iso.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. [Internet]. 2015. Citado em: março de 2015. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>.

Vries, EN, Ramrattan, M, Smorenburg, SM, *et al.* The incidência and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qua Saf Health Care*. 2008; 17(3):216 – 23. [Internet]. Citado em: 18.11.2014. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/17/3/216.short>.

Donabedian, A. The epidemiology of quality. *Inquiry* 1985; 12. Vol. 22, N. 3. 282-292. [Internet]. Citado em: 26.11.2014. Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/29771725?uid=2&uid=4&sid=21105304934763>.

Duarte, SCM, Stipp, MAC, Silva, MM, *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, Feb. 2015. [Internet]. Citado em: 05 Mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso.

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

Françolin, L, Gabriel, CS, Bernardes, A, *et al.* Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo*, v. 49, n. 2, p. 0277-0283, Apr. 2015. [Internet]. Citado em: 29 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200277&lng=en&nrm=iso.

GIL, A. C. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social (Org.). Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2002.

Gouvea, CSD, 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, June 2010. [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600002&lng=en&nrm=iso.

GUIRARDELLO, E. B. de; BRITO, A. P. de; PANUNTO, M. R. Quedas: Iatrogenias no Cuidado de Enfermagem de Adultos. In: *Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto (PROENF)*. Associação

Brasileira de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, ciclo 6, v. 4, 2012.

Kohn, LT, Corrigan, J M, Donaldson, MS. To err is human: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy of Sciences, 2000. [Internet]. Citado em: 25 abril, 2016. Disponível em: <http://www.nap.edu/read/9728/chapter/1#ii>.

Laing GL, Bruce JL, Clarke, DL. Tick-box admission forms improve the quality of documentation of surgical emergencies, but have limited impact on clinical behaviour. *S Afr Med J*; June 2014, Vol. 104 (6): 435-438. DOI: 10,7196 / SAMJ.7673. [Internet]. Citado em: 29 Feb. 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25214255>.

Landrigan, CP. Condições de trabalho e bem-estar dos profissionais de saúde: compartilhamento de lições internacionais para melhorar a segurança do paciente. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre , v. 87, n. 6, p. 463-465, Dec. 2011. [Internet]. Citado em: 25 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572011000600001&lng=en&nrm=iso.

Lanzoni, GMM; Lessmann, JC; Sousa, FGM, *et al.* Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 64, n. 3, p. 580-586, June 2011. [Internet]. Citado em: 25 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300024&lng=en&nrm=iso.

Lucian L, Leape, MD, Troyen A, *et al.* The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324 (6):377-384. February 7, 1991DOI: 10.1056/NEJM199102073240605. [Internet]. Citado em: 18.11.2014. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240605>.

Madalosso, A. R. M. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 8, n. 3, p. 11-17, July 2000. [Internet]. Citado em: 25 Feb. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200000300003&lng=en&nrm=iso.

MAGALHÃES, A. M. M. de; MOURA, G. M. S. S. de; DALL'AGNOL, C. M. Segurança do Paciente na Enfermagem. In: Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto (PROENF). Associação Brasileira de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, ciclo 7, v. 3, 2012.

Magalhaes, AMM, Dall'agnoL, CM, Marck, PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 146-154, Feb. 2013. [Internet]. Citado em: 25 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700019&lng=en&nrm=iso.

Marck, P, Cassiani, SHB. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 750-753, Oct. 2005. [Internet]. Citado em: 25 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500021&lng=en&nrm=iso.

Schäfer, AT, Lemke, R, Althoff, H. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care. 2009; 21(4): 279-84. [Internet]. Citado em: 01.12. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1954967>>.

Mendes, W, Pavão, ALB, Martins, M, *et al.* Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, Oct. 2013. [Internet]. Citado em 25 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006&lng=en&nrm=iso.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

Monteiro, EMLM, Rolim KMC, Machado, MFAS. M, *et al.* A visão ecológica: uma teia na enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v.

58, n. 3, p. 341-344, June 2005. [Internet]. Citado em: 25 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300017&lng=en&nrm=iso.

Jandyrá, EM, Fachel, MG, Camey, AS, *et al.* Introdução à Análise Estatística Utilizando o SPSS 13.0. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Matemática. Cadernos de Matemática e Estatística Série B: Trabalho de Apoio Didático. Série B, Número XX. Porto Alegre, 2006. [Internet]. Citado em: 17.11. 2014. Disponível em: http://www.mat.ufrgs.br/~camey/SPSS/Introdu%20Estat%20utilizando%20o%20SPSS%2013_0.pdf.

Oliveira, RM, Leitão, I, Arruda, MT, *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, Mar. 2014. [Internet]. Citado em: 25 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso.

Oliveira, MA, Queiroz, DRE, Santos, ML, *et al.* A percepção como instrumento para a educação ambiental: estudo de caso aplicado aos moradores do bairro Tarumã em Maringá – PR – doi:10.4025/bolgeogr.v28i2.10539.2010. [Internet]. Citado em: 11.11.2014. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/indez.php/BolGeogr/article/view/10539>.

Organização Mundial da Saúde. Parceria Africana para a Segurança do Paciente. Folheto Informativo, 2012. Disponível em: http://proqualis.net/manual/parceria-africana-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-an%C3%A1lise-da-situa%C3%A7%C3%A3o-sobre-seguran%C3%A7a-do-paciente#.U7sDlpUg_IU>. Acesso em: 07.07.2014, 17:35, (a).

_____. Parceria Africana para a Segurança do Paciente. Análise da situação sobre segurança do paciente (formulário curto). 2012. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/resources/APPS_Improv_PS_Situational_Analysis_SF_2012_07_PT.pdf?ua=1. Acesso em: 29.01.2016(b).

_____. Parceria Africana para a Segurança do Paciente. Melhorar a segurança do paciente: primeiros passos. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/resources/APP_S_Improving_PS-1st_steps_2012_04_PT.pdf?ua=1>. Acesso em: 29.01.2016 (c).

_____. African partnerships for patient safety evaluation of a patient safety partnership programme. 2014 Jan, Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/events/evaluation-briefing-apps.pdf>. Access in 29 Feb. 2016

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Enfoques ecossistêmicos em saúde – perspectivas para sua adoção no Brasil e países da América Latina. / Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 44 p: il. 978-85-87943-95-8.

Padilha, KG. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque da qualidade. Artigo de Revisão. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2001. Setembro-outubro; 9(5):91-6. [Internet]. Citado em: 28.08. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7804.pdf>>.

Pedreira, MLG. Enfermagem para a segurança do paciente. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 22, n. 4, p. v-vi, 2009. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400001&lng=en&nrm=iso>.

Portoa, Silvia, Martins, M, Mendes, W, *et al.* A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no brasil. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v.10, p. 74-81, 2010. [Internet]. Citado em: 29 fev. 2016. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/8-A%20magnitude%20financeira%20dos%20eventos%20adversos%20em%20hospitais%20no%20Brasil.pdf>.

Ques, ÁAM, Montoro, CH, Gonzalez, MG. Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professionals' opinion. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 339-345, June 2010. [Internet]. Citado em: 29 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300007&lng=en&nrm=iso.

Reis, CT, Martins, M, Laguardia, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc. saúde coletiva*: Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, p. 2029-2036, July 2013. [Internet]. Citado em: 25 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=en&nrm=iso.

Rigobello, MCG, Carvalho, REFL, Cassiani, SHB, *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012. [Internet]. Citado em: 29 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=en&nrm=iso.

Rodriguez, V, Giuffre, C, Villa, S, *et al.* A multimodal intervention to improve hand hygiene in ICUs in buenos aires, argentina: a stepped wedge trial. *International Journal for Quality in Health Care*, 2015, 27(5), 405–411. doi: 10.1093/intqhc/mzv065. [Internet]. Citado em: 29 Feb. 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26346932>.

SAMARA, B. S.; BARROS, J. C. Pesquisa de marketing: conceitos e metodologia. 3. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

Santi, T Beck, CLC, Marion, Rosângela Marion, *et al.* Error de medicación en un hospital universitario: percepción y factores relacionados. *Enferm. glob.*, Murcia, v. 13, n. 35, jul. 2014. [Internet]. Citado em: 05 marzo 2016. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300010&lng=es&nrm=iso.

Santos, MC, Grilo, A, Andrade, Graça, *et al.* Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública*. 2010; vol Temat (10):47-57. [Internet]. Citado em: 29 fev. 2016. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-depoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/6-Comunicacao%20em%20saude%20e%20a%20seguranca%20do%20doente.pdf>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Caracterização do estado de Santa Catarina, 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ddga/Apresentacoes%20seminario/14-Regionaliz%20SC.pps>>. Acesso em: 01.12.2014.

Silva, AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):422. [Internet]. Citado em: 04.02.2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>.

Sousa, PAF, Dal Sasso, GTM, Barra, DCC. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 971-979, Dec. 2012. [Internet]. Citado em: 29 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400030&lng=en&nrm=iso.

Tase, THT, Lourenção, DCA, Bianchini, SM, *et al.* Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 196-200, Sept. 2013. [Internet]. Citado em: 25 Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300025&lng=en&nrm=iso.

Tomazoni, A, Rocha, PK, Kusahara, DM, *et al.* Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 161-169, Mar. 2015. [Internet]. Citado em 05 mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100161&lng=en&nrm=iso.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A Perspectiva Histórica e Principais Desenvolvimentos da Segurança do Paciente. In: SOUZA, P. et al. (Org.). Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014, p. 39 – 56.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Biblioteca Universitária. Trabalho acadêmico: guia fácil para diagramação: formato A5. Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/design/GuiaRapido2012.pdf>>. Acesso em Fevereiro de 2016.

Urbanetto JS, Gerhardt LM. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa [Editorial]. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(3):8-9. [Internet]. Citado em: 29 de fev 2016. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43294/27285>.

Vargas, MAO, Luz, AMH. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. Enfermagem em foco, 2010; 1(1): 23-27. [Internet]. Citado em: 08 mar. 2016. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5>

VINCENT, C. Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos. Tradução de Rogério Videira. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

WACHTER, R. M. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2.ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2013.

Zamberlan, C, Medeiros, AC, Svaldi, JD, *et al.* Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 4, p. 603-606, Aug. 2013. [Internet]. Citado em: 25 Feb. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400021&lng=en&nrm=iso.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Carta de Aceite Institucional

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
Programa de Pós Graduação em Ambiente e Saúde (PPGAS)
CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL**

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o desenvolvimento das atividades referentes ao Projeto de dissertação, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Ambiente e Saúde (PPGAS) – UNIPLAC, intitulado: **ANÁLISE DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS DE GRANDE PORTE DO ESTADO DE SANTA CATARINA**, sob a responsabilidade do Professor / Pesquisador Profa. Dra. Anelise Viapiana Masiero e da Mestranda Giordana Dutra Sartor.

Hospital: _____

Cidade: _____

Nome, por extenso, do responsável pelo Hospital

Assinatura e Carimbo

CPF: _____

Data: _____

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **ANÁLISE DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS DE GRANDE PORTE DO ESTADO DE SANTA CATARINA**.

O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Esta pesquisa caracteriza-se como dissertação de Mestrado em Ambiente e Saúde e tem como objetivo geral: Analisar a Segurança do Paciente em Hospitais de Grande Porte das Macrorregiões de Saúde do Estado de Santa Catarina.

1. A metodologia utilizada será a Pesquisa qualiquantitativa por utilizar questionário com questões estruturadas e semiestruturadas.

2. A pesquisa é relevante, pois possibilitará informações pertinentes à avaliação e planejamento das ações voltadas à segurança do paciente. O banco de dados resultante da pesquisa poderá nortear estratégias e implementação de ações visando a melhoria da qualidade da assistência.

3. O participante terá liberdade em não participar ou interromper a sua colaboração com este estudo se assim o desejar, sem necessidade de justificar-se ou fornecer explicações. Sua desistência não acarretará prejuízos ou constrangimentos. Este estudo não oferecerá riscos à saúde ou bem estar físico, psíquico, moral ou religioso dos participantes.

4. As informações obtidas a partir deste estudo serão mantidas em sigilo, e em caso de divulgação dos resultados ou publicações científicas, o local de trabalho, os dados pessoais, identidade e opiniões dos participantes não serão mencionados.

Caso o participante possua alguma dúvida ou por qualquer motivo precisar procurar aos responsáveis pela pesquisa pode entrar em contato pelos fones:

Profa. Dra. Anelise Viapiana Masiero – (49) 9918 8707. E-mail: avmasiero@gmail.com

Profa. Dra. Bruna Fernanda Silva – (49) 9906 – 0705. E-mail: brusilvabio@gmail.com

Giordana Dutra Sartor – (49) 8802 5113 / (49) 3225 2609. E-mail: enfgior@hotmail.com

Telefone do Mestrado em Ambiente e Saúde 49) 3251-1145. E-mail: ppgas.uniplac@gmail.com.

Eu, _____, residente e domiciliado (a) _____, portador

da Carteira de Identidade, RG _____, nascido(a) em ____/____/____, telefones para contato, _____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa. Autorizo a divulgação dos resultados da pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Assinatura do participante

Mestranda Giordana Dutra Sartor – pesquisadora

Assinatura do coletador

Lages, ____ de _____ de _____

UNIPLAC. Campus Lages. Av. Castelo Branco, 170. Bairro Universitário. CEP. 88509-900. Fone (49) 3251 1022 - Fax (49) 3251 1051.

APÊNDICE 3 – Formulário para caracterização dos hospitais participantes do estudo



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

Formulário para caracterização dos hospitais.

Informações relacionadas ao Hospital.

1. Hospital: _____

2. Tipo de Hospital

() Clínicas Básicas Incompletas: estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica, em regime de internação e de urgência, em duas ou três especialidades médicas básicas.

() Geral: Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica, nas quatro especialidades médicas básicas;

() Geral / Referência: estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica, nas especialidades médicas básicas e em especialidades médicas não básicas, oferecendo serviços de alta complexidade hospitalar.

() Especializado: estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica, em uma só especialidade, com outras especialidades correlatas ou de suporte, em regime de internação e de urgência.

() Ensino

() Privado

() Outro: _____

3. Número total de Leitos: _____

4. Número de Profissionais da saúde: _____

5. Número total de funcionários do Hospital: _____

APÊNDICE 4 – Questionário



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

Questionário

Este questionário faz parte da pesquisa **Análise da Segurança do Paciente em Hospitais de Grande Porte das Macrorregiões de Saúde do Estado de Santa Catarina**, vinculada ao PPGAS - Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, Lages/SC. Adaptado de OMS, 2012.

Por favor, responda:

Hospital: _____ Codinome do hospital: _____
 Gênero: () masculino () feminino () outro Idade: _____
 Grau de Instrução: _____ Profissão: _____
 Tempo de atuação profissional: _____ Tempo de atuação no hospital: _____
 Cargo/função no hospital: _____
 Carga horária semanal no hospital: _____

Por favor, assinale com um “X” a alternativa adequada, considerando o hospital em estudo.

QUESTÕES – A) <i>Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde</i>	SIM	NÃO	ATENDE PARCIALMENTE	DESCONHECE
01. Existe no hospital algum programa que promova a melhoria da qualidade da atenção?				
02. Existe um processo organizado para aquisição e fornecimento de materiais hospitalares?				
03. O hospital possui estrutura física adequada para proteção de pacientes e funcionários?				
04. Existe acesso confiável à telefonia e à internet dentro do Hospital?				
05. Existe fornecimento adequado de materiais hospitalares?				
06. Existe sistema informatizado para o registro da assistência?				
07. Existe um número adequado de profissionais no hospital?				

08. Existe um sistema de auditoria clínica no hospital?				
09. Existem comissões atuantes no hospital?				
QUESTÕES - B) Política Nacional de Segurança do Paciente	SIM	NÃO	ATENDE PARCIALMENTE	DESCONHECE
10. Você conhece a política nacional para segurança do paciente?				
11. Existe no hospital um programa voltado à segurança do paciente?				
12. Você conhece o programa de segurança do paciente do hospital?				
13. Você participa das decisões relacionadas ao programa de segurança do paciente do hospital?				
14. Existem indicadores relacionados à segurança do paciente no hospital?				
15. Existe registro no prontuário, de erros, incidentes ou eventos adversos?				
16. Os erros, incidentes e eventos adversos são notificados?				
17. Existe investigação de erros, incidentes ou eventos adversos?				
18. Existe revisão multidisciplinar sobre os incidentes, eventos adversos e erros que ocorrem no hospital?				
QUESTÕES – C) Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente	SIM	NÃO	ATENDE PARCIALMENTE	DESCONHECE
19. Existem manuais sobre segurança do paciente no hospital?				
20. Você tem acesso a esses manuais?				
21. Existe um programa de educação permanente no hospital?				
22. O programa de educação permanente inclui a segurança do paciente?				
23. Você já participou de alguma capacitação sobre segurança do paciente promovida pelo hospital?				

24. Você já participou de capacitação sobre segurança do paciente fora do hospital?				
25. Existe programa de educação permanente para profissionais novos no hospital?				
26. Existem protocolos de assistência no hospital?				
27. Você conhece os protocolos do hospital?				
28. Existe fluxogramas de atendimento no hospital?				
29. Você conhece os fluxogramas de atendimento?				
30. Existem listas de verificação/check list para procedimentos no hospital?				
31. Você utiliza as listas de verificação/check list?				
QUESTÕES – D) Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente	SIM	NÃO	ATENDE PARCIALMENTE	DESCONHECE
32. No último ano, o hospital participou de alguma atividade de sensibilização em segurança do paciente?				
33. Existe algum mecanismo dentro do hospital para informar sobre os direitos do paciente?				
34. Existe algum sistema (formulários e protocolos) para obter o consentimento do paciente antes de algum procedimento?				
35. Existe algum mecanismo no hospital para pacientes e familiares relatarem sobre assuntos relacionados com a segurança do paciente?				
36. Existe algum mecanismo para pacientes, familiares e profissionais compartilharem ideias e preocupações sobre segurança?				
37. Existe algum mecanismo de sensibilização da equipe relacionada às questões de segurança?				
38. O hospital tem ligação com a sociedade civil e a comunidade que pode ser usada para a				

sensibilização sobre segurança do paciente?				
39. Você já participou de alguma atividade comunitária de sensibilização para a segurança do paciente?				
40. O hospital utiliza recursos visuais (cartazes, impressos, murais) para sensibilização dos profissionais, pacientes e familiares?				
41. Para você, existe uma conscientização coletiva sobre segurança do paciente no hospital?				
QUESTÕES – E) Infecções relacionadas aos cuidados de saúde	SIM	NÃO	ATENDE PARCIALMENTE	DESCONHECE
42. Existe uma pessoa, equipe, comissão ou comitê multidisciplinar para Prevenção e Controle de Infecção no hospital?				
43. Você conhece as atribuições da equipe de Prevenção e Controle de Infecção?				
44. A equipe de Prevenção e Controle de Infecção realiza reuniões para definir metas e estratégias com os profissionais do hospital?				
45. A equipe de Prevenção e Controle de Infecção divulga os dados do trabalho realizado no hospital?				
46. A equipe de Prevenção e Controle de Infecção visita periodicamente seu setor de trabalho?				
47. Existem normas ou rotinas escritas sobre higiene das mãos?				
48. Existem normas ou rotinas escritas sobre desinfecção e esterilização?				
49. Existem normas ou rotinas escritas sobre isolamentos e precauções?				
50. Existem normas ou rotinas escritas sobre uso de equipamentos de proteção individual?				

51. Existem normas ou rotinas escritas sobre práticas assépticas para o controle de infecção?				
52. Existem normas ou rotinas escritas sobre administração de medicamentos?				
53. Existem normas ou rotinas escritas sobre uso de antibióticos?				
54. Existem normas ou rotinas escritas sobre limpeza e desinfecção de superfícies?				
55. Você consulta as normas e rotinas relacionadas à prevenção da infecção?				
56. Existe capacitações sobre infecções associadas ao cuidado para os profissionais do hospital?				
57. Existem lembretes (cartazes) sobre a higiene das mãos no hospital?				
58. Existem lembretes (cartazes) sobre outros temas relacionados com a prevenção e controle de infecção no hospital?				
59. Existem lembretes (cartazes) sobre lavagem das mãos outros temas relacionados com a prevenção e controle de infecção em áreas destinadas aos pacientes?				
60. Existe um serviço de microbiologia/laboratório no hospital?				
61. Existe um sistema para notificação de doenças infecciosas dentro do hospital?				
62. Existe suprimento adequado de sabão por todo o hospital?				
63. Existe suprimento adequado de papel toalha por todo o hospital?				
64. Existe suprimento adequado de álcool por todo o hospital?				
65. Existe protocolo escrito para a troca, manuseio e reutilização da roupa de cama?				
66. Existem rotinas e protocolos escritos para o uso de medicamentos antimicrobianos?				
67. Existem dados disponíveis/divulgados recentemente sobre a resistência antimicrobiana no hospital?				

68. Existem medidas para a padronização e avaliação de materiais e equipamentos?				
69. Na sua opinião, há quebra das normas, rotinas e protocolos relacionados à Prevenção e Controle da Infecção no hospital?				
QUESTÕES – F) Proteção dos trabalhadores	SIM	NÃO	ATENDE PARCIALMENTE	DESCONHECE
70. Existe uma política de proteção aos trabalhadores no hospital?				
71. Existem artigos para a proteção pessoal (luvas, aventais, máscaras, óculos) disponíveis em quantidade suficiente para os trabalhadores?				
72. Os profissionais recebem informação sobre o uso de equipamentos de proteção?				
73. Os profissionais recebem informação sobre os riscos e cuidados específicos no seu setor de trabalho?				
74. Existe um sistema para registro e acompanhamento dos acidentes de trabalho?				
75. Existe um protocolo para profilaxia pós exposição para os profissionais?				
76. Existe um mecanismo para registrar o excesso de horas de trabalho dos profissionais?				
77. Existe acesso adequado a tratamentos de emergência para os trabalhadores durante o horário de trabalho?				
78. Na sua opinião, os cuidados são seguidos pelos profissionais em todos os setores?				
79. Na sua opinião, os cuidados são seguidos pelos profissionais todo o tempo?				
QUESTÕES – G) Gestão dos resíduos no cuidado de saúde	SIM	NÃO	ATENDE PARCIALMENTE	DESCONHECE
80. Existem protocolos escritos para o gerenciamento de resíduos no hospital?				

81. Você leu/conhece os protocolos sobre gerenciamento de resíduos do hospital?				
82. Existe suprimentos/materiais para coletar todos os tipos de resíduos no hospital?				
83. Há divulgação, no hospital, sobre os tipos de resíduos em todos os setores?				
84. Há divulgação, no hospital, sobre como e onde descartar os resíduos?				
85. Na sua opinião, há problemas com a segregação dos resíduos no hospital?				
QUESTÕES – H) Intervenções cirúrgicas seguras	SIM	NÃO	ATENDE PARCIALMENTE	DESCONHECE
86. Existe protocolo para identificação do paciente no hospital?				
87. Existe protocolo específico para admissão e internação de pacientes cirúrgicos no hospital?				
88. Existe um sistema para registrar os erros relacionados à procedimentos cirúrgicos?				
89. Existe um sistema para registrar os óbitos relacionados à procedimentos cirúrgicos?				
90. Existe um sistema para registrar as complicações relacionadas à procedimentos cirúrgicos?				
91. Existe protocolo para transporte de paciente no hospital?				
92. Existem protocolos específicos para realização de procedimentos cirúrgicos?				
93. Estes protocolos são seguidos em todos os setores?				
94. Estes protocolos são seguidos todo o tempo?				
QUESTÕES – I) Segurança relacionada aos medicamentos	SIM	NÃO	ATENDE PARCIALMENTE	DESCONHECE
95. Existe um profissional, comissão ou comitê de medicamentos atuante no hospital?				

96. O suprimento de medicamentos no hospital é adequado?				
97. A prescrição médica é informatizada?				
98. Existe manual de medicamentos para consulta no hospital?				
99. Existe algum sistema específico de registro de incidentes e eventos adversos relacionados a medicamentos?				
100. O farmacêutico avalia as prescrições médicas?				
101. As recomendações do farmacêutico são documentadas no prontuário do paciente?				
102. Existem rotinas sobre prescrição, solicitação e dispensação de medicamentos no hospital?				
103. O hospital promove capacitações sobre administração de medicamentos?				
QUESTÕES – J) Parcerias para a segurança do paciente	SIM	NÃO	ATENDE PARCIALMENTE	DESCONHECE
104. O hospital tem envolvido pacientes e membros da comunidade na definição de prioridades, desenvolvimento de políticas, planejamento da prestação de serviços e segurança do paciente?				
105. O hospital participa das decisões do governo local relacionadas à prestação de serviços hospitalares?				
106. O hospital tem qualquer programa extensivo de atendimento à comunidade?				
107. O hospital tem parcerias com outros hospitais da região para ações relacionadas à segurança?				
108. O hospital tem parcerias com instituições de ensino?				
109. O hospital tem alguma parceria relacionada com a segurança dos pacientes?				
	SIM	NÃO	ATENDE PARCIALMENTE	DESCONHECE

QUESTÕES – K) <i>Financiamento para a segurança do paciente</i>				
110. Existe orçamento destinado para atividades de segurança do paciente no hospital?				
111. O hospital requer contribuição financeira direta do paciente para prestar atendimento?				
112. O hospital recebe suprimentos do governo (medicamentos, equipamentos, materiais)?				
QUESTÕES – L) Pesquisa para a segurança do paciente	SIM	NÃO	ATENDE PARCIALMENTE	DESCONHECE
113. Já houve pesquisa conduzida no hospital para avaliar problemas associados com a segurança do paciente?				
114. Já houve pesquisa conduzida no hospital para gerar soluções aos problemas associados com a segurança do paciente?				

As questões 115 e 116 devem ser respondidas somente por gestores ou coordenadores de segurança do paciente.

QUESTÕES - Fragilidades e potencialidades para a segurança do paciente

115. Quais são as fragilidades e dificuldades relacionadas à segurança do paciente no hospital?
116. Quais são as potencialidades relacionadas à segurança do paciente no hospital?

APÊNDICE 5 – Quadro elaborados na análise dos dados de pesquisa

Quadro 1. Descrição das 12 áreas integrantes do questionário, SC, Brasil, 2016

ÁREAS	CONTEÚDO DAS QUESTÕES
1) Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde (09 perguntas)	Programa de melhoria da qualidade, adequação da estrutura física, dos materiais e quantitativo de funcionários, existência de processo organizado para aquisição de materiais, comissões e auditoria.
2) Política Nacional de Segurança do Paciente (09 perguntas)	Política nacional e local de segurança do paciente, indicadores de assistência, notificação e revisão de incidentes, erros e eventos adversos.
3) Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente (13 perguntas)	Conhecimento e utilização de manuais, protocolos, fluxogramas e listas de verificação na assistência, programa de educação permanente, capacitações sobre segurança do paciente.
4) Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente (10 perguntas)	Atividades e processos internos de conscientização coletiva para a segurança do paciente, sensibilização das equipes, direitos do paciente e oportunidade de relato e compartilhamento de ideias, utilização de recursos visuais.
5) Infecções relacionadas aos cuidados de saúde (28 perguntas)	Ações de prevenção e controle da infecção hospitalar, atribuição e organização da equipe, existência de normas e rotinas, utilização de recursos visuais, suprimento adequado de matérias para higiene das mãos, rotinas de microbiologia hospitalar e uso de antimicrobianos, divulgação de dados sobre infecção.
6) Proteção dos trabalhadores (10 perguntas)	Política de proteção aos trabalhadores, disponibilização e uso dos equipamentos de proteção individual, informação dos riscos ocupacionais, registro, atendimento e acompanhamento dos acidentes de trabalho, atitude em relação aos riscos.
7) Gestão dos resíduos no cuidado de saúde (06 perguntas)	Protocolos de gerenciamento de resíduos hospitalares, informação sobre tipos e descarte, suprimento de materiais.
8) Intervenções cirúrgicas seguras (09 perguntas)	Existência de protocolos para transporte, admissão e identificação de pacientes cirúrgicos, sistema de registro das complicações, óbitos e erros relacionados à procedimentos cirúrgicos, atitude em relação ao seguimento dos protocolos existentes.
9) Segurança relacionada aos medicamentos (09 perguntas)	Suprimento de medicamentos, existência de comitê e ações do profissional farmacêutico, manuais, informatização da prescrição, registros de incidentes, capacitações específicas.
10) Parcerias para a segurança do paciente (06 perguntas)	Envolvimento dos hospitais no desenvolvimento e planejamento de políticas públicas sobre segurança do paciente, parcerias.
11) Financiamento para a segurança do paciente (03 perguntas)	Orçamento, contribuição direta do paciente, contribuição do governo.
12) Pesquisa para a segurança do paciente (02 perguntas)	Desenvolvimento de pesquisas nos hospitais.

APÊNDICE 6 – Tabelas elaboradas na análise dos dados de pesquisa

Tabela 1. Percentual Médio de respostas obtidas em cada uma das 12 áreas propostas para o estudo considerando o n (227), SC, Brasil, 2016

ÁREAS	Média percentual de respostas obtidas em cada uma das áreas			
	<i>Afirmativas (%)</i>	<i>Negativas (%)</i>	<i>Atendem Parcialmente (%)</i>	<i>Desconhecem (%)</i>
1) Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde	43,75	21,15	23,5	8,25
2) Política Nacional de Segurança do Paciente	31,03	24,96	16,44	25,2
3) Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente	33,51	29,17	12,27	23,01
4) Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente	32,95	23,21	11,72	29,68
5) Infecções relacionadas aos cuidados de saúde	61,22	9,62	11,95	15,08
6) Proteção dos trabalhadores	43,31	23,87	17,23	13,96
7) Gestão dos resíduos no cuidado de saúde	49,93	17,6	13,66	16,71
8) Intervenções cirúrgicas seguras	27,12	12,37	8,1	49,27
9) Segurança relacionada aos medicamentos	38,28	18,48	10,23	30,35
10) Parcerias para a segurança do paciente	24,35	14,01	4,18	54,61
11) Financiamento para a segurança do paciente	27,46	21,43	3,96	43,76
12) Pesquisa para a segurança do paciente	11,7	23,35	2,2	59,5

Percentual Médio geral das respostas	35,38	20,18	10,30	30,78
---	-------	-------	-------	-------

Tabela 2. Distribuição dos percentuais referentes à área 1 - Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	Afirmativas (%)	Negativas (%)	Atendem Parcialmente (%)	Desconhecem (%)
1) Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde				
01. Existe no hospital algum programa que promova a melhoria da qualidade da atenção?	39,2	12,3	17,2	26,4
02. Existe um processo organizado para aquisição e fornecimento de materiais hospitalares?	59,0	7,5	18,1	10,6
03. O hospital possui estrutura física adequada para proteção de pacientes e funcionários?	18,5	30,4	43,2	3,1
04. Existe acesso confiável à telefonia e à internet dentro do Hospital?	52,9	16,7	22,9	5,7
05. Existe fornecimento adequado de materiais hospitalares?	37	19,4	37,9	2,2
06. Existe sistema informatizado para o registro da assistência?	70	9,7	13,2	4,8
07. Existe um número adequado de profissionais no hospital?	11,9	55,1	27,8	2,6
08. Existe um sistema de auditoria clínica no hospital?	41,9	32,6	10,1	12,3
09. Existem comissões atuantes no hospital?	63,4	6,6	21,6	6,6
Média das respostas	43,75	21,15	23,5	8,25

Tabela 3. Distribuição dos percentuais referentes à área 2 - Política Nacional de Segurança do Paciente, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas (%)</i>	<i>Negativas (%)</i>	<i>Atendem Parcialmente (%)</i>	<i>Desconhecem (%)</i>
2) Política Nacional de Segurança do Paciente				
10. Você conhece a política nacional para segurança do paciente?	43,2	28,2	14,1	14,1
11. Existe no hospital um programa voltado à segurança do paciente?	47,6	11,0	15,4	24,2
12. Você conhece o programa de segurança do paciente do hospital?	31,3	30,8	15,9	20,7
13. Você participa das decisões relacionadas ao programa de segurança do paciente do hospital?	15,0	71,8	7,9	4,4
14. Existem indicadores relacionados à segurança do paciente no hospital?	30,0	17,2	11,9	39,6
15. Existe registro no prontuário, de erros, incidentes ou eventos adversos?	33,9	20,3	16,7	25,6
16. Os erros, incidentes e eventos adversos são notificados?	37,4	9,7	25,1	23,3
17. Existe investigação de erros, incidentes ou eventos adversos?	26,4	13,2	20,7	34,8

18. Existe revisão multidisciplinar sobre os incidentes, eventos adversos e erros que ocorrem no hospital?	14,5	22,5	20,3	40,1
Média das respostas	31,03	24,96	16,44	25,2

Tabela 4. Distribuição dos percentuais referentes à área 3 - Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas (%)</i>	<i>Negativas (%)</i>	<i>Atendem Parcialmente (%)</i>	<i>Desconhecem (%)</i>
3) Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente				
19. Existem manuais sobre segurança do paciente no hospital?	25,1	19,4	10,6	43,6
20. Você tem acesso a esses manuais?	22,9	44,5	5,7	25,6
21. Existe um programa de educação permanente no hospital?	41,4	17,2	22,0	16,7
22. O programa de educação permanente inclui a segurança do paciente?	31,3	18,9	11,0	35,7
23. Você já participou de alguma capacitação sobre segurança do paciente promovida pelo hospital?	29,1	59,9	4,0	4,8
24. Você já participou de capacitação sobre segurança do paciente fora do hospital?	27,8	66,5	1,8	3,1
25. Existe programa de educação permanente para profissionais novos no hospital?	31,3	26,4	13,7	26,0
26. Existem protocolos de assistência no hospital?	51,5	6,2	15,9	24,7

27. Você conhece os protocolos do hospital?	37,9	17,6	24,7	18,1
28. Existe fluxogramas de atendimento no hospital?	41,0	11,9	11	34,8
29. Você conhece os fluxogramas de atendimento?	30,4	26,0	15,4	25,1
30. Existem listas de verificação/checklist para procedimentos no hospital?	37,4	17,2	16,3	27,3
31. Você utiliza as listas de verificação/checklist?	28,6	47,6	7,5	13,7
Média das respostas	33,51	29,17	12,27	23,01

Tabela 5. Distribuição dos percentuais referentes à área 4 - Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas (%)</i>	<i>Negativas (%)</i>	<i>Atendem Parcialmente (%)</i>	<i>Desconhecem (%)</i>
4) Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente				
32. No último ano, o hospital participou de alguma atividade de sensibilização em segurança do paciente?	38,3	16,7	3,5	39,2
33. Existe algum mecanismo dentro do hospital para informar sobre os direitos do paciente?	34,4	16,3	10,6	35,7
34. Existe algum sistema (formulários e protocolos) para obter o consentimento do paciente antes de algum procedimento?	70,0	4,4	9,7	15,0
35. Existe algum mecanismo no hospital para pacientes e familiares relatarem sobre assuntos relacionados com a segurança do paciente?	38,8	11,9	10,1	37,0
36. Existe algum mecanismo para pacientes, familiares e profissionais compartilharem ideias e preocupações sobre segurança?	22,5	19,4	12,3	44,1
37. Existe algum mecanismo de sensibilização da equipe relacionada às questões de segurança?	27,3	14,1	18,5	37,0
38. O hospital tem ligação com a sociedade civil e a comunidade que pode ser usada para a sensibilização sobre segurança do paciente?	16,7	18,5	6,6	54,6
39. Você já participou de alguma atividade comunitária de sensibilização para a segurança do paciente?	9,7	72,2	3,1	12,3

40. O hospital utiliza recursos visuais (cartazes, impressos, murais) para sensibilização dos profissionais, pacientes e familiares?	55,5	15,9	15,0	11,9
41. Para você, existe uma conscientização coletiva sobre segurança do paciente no hospital?	16,3	42,7	27,8	10,1
Média das respostas	32,95	23,21	11,72	29,68

Tabela 6. Distribuição dos percentuais referentes à área 5 - Infecções relacionadas aos cuidados de saúde, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas (%)</i>	<i>Negativas (%)</i>	<i>Atendem Parcialmente (%)</i>	<i>Desconhecem (%)</i>
5) Infecções relacionadas aos cuidados de saúde				
42. Existe uma pessoa, equipe, comissão ou comitê multidisciplinar para Prevenção e Controle de Infecção no hospital?	80,6	0,4	8,8	4,8
43. Você conhece as atribuições da equipe de Prevenção e Controle de Infecção?	55,9	12,8	23,8	5,7
44. A equipe de Prevenção e Controle de Infecção realiza reuniões para definir metas e estratégias com os profissionais do hospital?	44,1	15,9	14,1	24,2
45. A equipe de Prevenção e Controle de Infecção divulga os dados do trabalho realizado no hospital?	51,1	10,6	17,6	18,9
46. A equipe de Prevenção e Controle de Infecção visita periodicamente seu setor de trabalho?	51,1	23,3	17,6	6,6
47. Existem normas ou rotinas escritas sobre higiene das mãos?	90,7	1,3	4,0	2,2
48. Existem normas ou rotinas escritas sobre desinfecção e esterilização?	73,1	7,9	6,6	10,6
49. Existem normas ou rotinas escritas sobre isolamentos e precauções?	80,6	5,3	5,3	7,9
50. Existem normas ou rotinas escritas sobre uso de equipamentos de proteção individual?	74,9	6,6	7,9	9,7
51. Existem normas ou rotinas escritas sobre práticas assépticas para o controle de infecção?	71,4	4,8	8,4	13,7
52. Existem normas ou rotinas escritas sobre administração de medicamentos?	63,4	4,0	10,6	20,3

53. Existem normas ou rotinas escritas sobre uso de antibióticos?	60,8	7,5	8,8	21,1
54. Existem normas ou rotinas escritas sobre limpeza e desinfecção de superfícies?	65,6	9,7	7,5	15,4
55. Você consulta as normas e rotinas relacionadas à prevenção da infecção?	47,1	20,3	22,9	7,5
56. Existe capacitações sobre infecções associadas ao cuidado para os profissionais do hospital?	43,6	15,0	18,5	21,1
57. Existem lembretes (cartazes) sobre a higiene das mãos no hospital?	88,5	0,9	7,5	0,9
58. Existem lembretes (cartazes) sobre outros temas relacionados com a prevenção e controle de infecção no hospital?	63,4	9,7	17,2	8,8
59. Existem lembretes (cartazes) sobre lavagem das mãos outros temas relacionados com a prevenção e controle de infecção em áreas destinadas aos pacientes?	66,1	10,6	12,8	7,9
60. Existe um serviço de microbiologia/laboratório no hospital?	75,3	3,1	4,4	14,1
61. Existe um sistema para notificação de doenças infecciosas dentro do hospital?	73,6	2,6	5,7	15,0
62. Existe suprimento adequado de sabão por todo o hospital?	63,0	10,6	18,1	5,7
63. Existe suprimento adequado de papel toalha por todo o hospital?	62,1	10,6	19,8	4,8
64. Existe suprimento adequado de álcool por todo o hospital?	53,3	11,0	27,3	5,3
65. Existe protocolo escrito para a troca, manuseio e reutilização da roupa de cama?	29,1	18,1	7,9	42,3
66. Existem rotinas e protocolos escritos para o uso de medicamentos antimicrobianos?	49,3	10,1	7,5	31,7
67. Existem dados disponíveis/divulgados recentemente sobre a resistência antimicrobiana no hospital?	28,6	16,7	7,0	45,4

68. Existem medidas para a padronização e avaliação de materiais e equipamentos?	47,1	10,1	7,9	32,6
69. Na sua opinião, há quebra das normas, rotinas e protocolos relacionados à Prevenção e Controle da Infecção no hospital?	60,8	10,1	9,3	18,1
Média das respostas	61,22	9,62	11,95	15,08

Tabela 7. Distribuição dos percentuais referentes à área 6 – Proteção dos trabalhadores, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas (%)</i>	<i>Negativas (%)</i>	<i>Atendem Parcialmente (%)</i>	<i>Desconhecem (%)</i>
6) Proteção dos trabalhadores				
70. Existe uma política de proteção aos trabalhadores no hospital?	31,3	28,2	15,4	23,3
71. Existem artigos para a proteção pessoal (luvas, aventais, máscaras, óculos) disponíveis em quantidade suficiente para os trabalhadores?	56,4	12,3	24,7	5,3
72. Os profissionais recebem informação sobre o uso de equipamentos de proteção?	57,3	12,8	19,4	9,7
73. Os profissionais recebem informação sobre os riscos e cuidados específicos no seu setor de trabalho?	48,0	18,5	22,9	9,3
74. Existe um sistema para registro e acompanhamento dos acidentes de trabalho?	71,8	1,8	10,6	14,5
75. Existe um protocolo para profilaxia pós exposição para os profissionais?	63,9	4,4	9,3	20,7
76. Existe um mecanismo para registrar o excesso de horas de trabalho dos profissionais?	43,2	19,8	6,6	28,6
77. Existe acesso adequado a tratamentos de emergência para os trabalhadores durante o horário de trabalho?	32,6	33,9	17,2	14,1
78. Na sua opinião, os cuidados são seguidos pelos profissionais em todos os setores?	14,5	52,4	23,3	7,5
79. Na sua opinião, os cuidados são seguidos pelos profissionais todo o tempo?	14,1	54,6	22,9	6,6

Média das respostas	43,31	23,87	17,23	13,96
----------------------------	-------	-------	-------	-------

Tabela 8. Distribuição dos percentuais referentes à área 7 – Gestão dos resíduos de saúde, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas (%)</i>	<i>Negativas (%)</i>	<i>Atendem Parcialmente (%)</i>	<i>Desconhecem (%)</i>
7) Gestão dos resíduos no cuidado de saúde				
80. Existem protocolos escritos para o gerenciamento de resíduos no hospital?	63,4	6,6	5,3	23,3
81. Você leu/conhece os protocolos sobre gerenciamento de resíduos do hospital?	37,4	30,8	10,6	18,5
82. Existe suprimentos/materiais para coletar todos os tipos de resíduos no hospital?	48,9	14,1	19,4	15,4
83. Há divulgação, no hospital, sobre os tipos de resíduos em todos os setores?	46,3	20,7	16,7	14,5
84. Há divulgação, no hospital, sobre como e onde descartar os resíduos?	46,3	18,9	21,6	10,1
85. Na sua opinião, há problemas com a segregação dos resíduos no hospital?	57,3	14,5	8,4	18,5
Média das respostas	49,93	17,6	13,66	16,71

Tabela 9. Distribuição dos percentuais referentes à área 8 – Intervenções cirúrgicas seguras, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas (%)</i>	<i>Negativas (%)</i>	<i>Atendem Parcialmente (%)</i>	<i>Desconhecem (%)</i>
8) Intervenções cirúrgicas seguras				
86. Existe protocolo para identificação do paciente no hospital?	57,3	11,0	10,6	18,9
87. Existe protocolo específico para admissão e internação de pacientes cirúrgicos no hospital?	48,0	10,1	6,2	33,0
88. Existe um sistema para registrar os erros relacionados à procedimentos cirúrgicos?	15,0	15,0	6,2	61,2
89. Existe um sistema para registrar os óbitos relacionados à procedimentos cirúrgicos?	21,6	9,3	5,3	59,9
90. Existe um sistema para registrar as complicações relacionadas à procedimentos cirúrgicos?	19,4	11,0	4,0	63,4
91. Existe protocolo para transporte de paciente no hospital?	28,6	12,8	10,1	45,4
92. Existem protocolos específicos para realização de procedimentos cirúrgicos?	32,6	7,0	7,0	48,9
93. Estes protocolos são seguidos em todos os setores?	12,3	16,3	11,5	57,3
94. Estes protocolos são seguidos todo o tempo?	9,3	18,9	12,3	55,5
Média das respostas	27,12	12,37	8,1	49,27

Tabela 10. Distribuição dos percentuais referentes à área 9 – Segurança relacionada aos medicamentos, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas (%)</i>	<i>Negativas (%)</i>	<i>Atendem Parcialmente (%)</i>	<i>Desconhecem (%)</i>
9) Segurança relacionada aos medicamentos				
95. Existe um profissional, comissão ou comitê de medicamentos atuante no hospital?	29,1	16,3	7,5	44,9
96. O suprimento de medicamentos no hospital é adequado?	28,2	25,1	32,2	11,9
97. A prescrição médica é informatizada?	72,2	11,9	9,7	4,0
98. Existe manual de medicamentos para consulta no hospital?	52,4	10,1	5,3	27,3
99. Existe algum sistema específico de registro de incidentes e eventos adversos relacionados a medicamentos?	38,8	9,7	6,6	43,2
100. O farmacêutico avalia as prescrições médicas?	34,4	13,2	7,0	42,7
101. As recomendações do farmacêutico são documentadas no prontuário do paciente?	14,1	38,3	4,0	41,0
102. Existem rotinas sobre prescrição, solicitação e dispensação de medicamentos no hospital?	62,6	4,8	8,8	21,6
103. O hospital promove capacitações sobre administração de medicamentos?	12,8	37,0	11,0	36,6
Média das respostas	38,28	18,48	10,23	30,35

Tabela 11. Distribuição dos percentuais referentes à área 10 – Parceria para a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas (%)</i>	<i>Negativas (%)</i>	<i>Atendem Parcialmente (%)</i>	<i>Desconhecem (%)</i>
10) Parcerias para a segurança do paciente				
104. O hospital tem envolvido pacientes e membros da comunidade na definição de prioridades, desenvolvimento de políticas, planejamento da prestação de serviços e segurança do paciente?	10,1	30,4	3,5	53,3
105. O hospital participa das decisões do governo local relacionadas à prestação de serviços hospitalares?	20,7	9,7	6,2	61,2
106. O hospital tem qualquer programa extensivo de atendimento à comunidade?	14,5	17,6	4,8	60,8
107. O hospital tem parcerias com outros hospitais da região para ações relacionadas à segurança?	9,7	15,0	1,8	70,5
108. O hospital tem parcerias com instituições de ensino?	76,6	2,6	3,1	14,5
109. O hospital tem alguma parceria relacionada com a segurança dos pacientes?	14,5	8,8	5,7	67,4
Média das respostas	24,35	14,01	4,18	54,61

Tabela 12. Distribuição dos percentuais referentes à área 11 – Financiamento para a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas (%)</i>	<i>Negativas (%)</i>	<i>Atendem Parcialmente (%)</i>	<i>Desconhecem (%)</i>
11) Financiamento para a segurança do paciente				
110. Existe orçamento destinado para atividades de segurança do paciente no hospital?	7,9	8,8	2,2	78,0
111. O hospital requer contribuição financeira direta do paciente para prestar atendimento?	6,2	51,1	3,1	36,1
112. O hospital recebe suprimentos do governo (medicamentos, equipamentos, materiais)?	68,3	4,4	6,6	17,2
Média das respostas	27,46	21,43	3,96	43,76

Tabela 13. Distribuição dos percentuais referentes à área 12 – pesquisa para a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas (%)</i>	<i>Negativas (%)</i>	<i>Atendem Parcialmente (%)</i>	<i>Desconhecem (%)</i>
12) Pesquisa para a segurança do paciente				
113. Já houve pesquisa conduzida no hospital para avaliar problemas associados com a segurança do paciente?	11,5	25,1	1,8	58,6
114. Já houve pesquisa conduzida no hospital para gerar soluções aos problemas associados com a segurança do paciente?	11,9	21,6	2,6	60,4
Média das respostas	11,7	23,35	2,2	59,5

Tabela 14. Caracterização dos hospitais integrantes da pesquisa “Análise da Segurança do Paciente em Hospitais de Grande Porte do Estado de Santa Catarina”, SC, Brasil, 2016

Variáveis	Distribuição na amostra			
	<i>n</i>	%	<i>Leitos (n)</i>	<i>Funcionários (n)</i>
Hospitais (n = 227)				
H1	69	30,4%	206	680
H2	41	18,1%	197	522
H3	56	24,7%	279	951
H4	61	26,9%	234	1.409
Total	227	100%	916	3562

Tabela 15. Perfil sócio demográfico dos participantes da pesquisa “Análise da Segurança do Paciente em Hospitais de Grande Porte do Estado de Santa Catarina”, SC, Brasil, 2016

Variáveis	Distribuição na amostra	
	n	%
Indivíduos (n = 227)		
Gênero (n = 227)		
Masculino	47	20,7%
Feminino	176	77,5%
Outro	1	0,4%
Ignorado	3	1,3%
Faixa etária (n = 227)		
18-29	37	16,3%
30-39	98	43,2%
40-49	49	21,6%
50-59	20	8,8%
60 ou mais	4	1,8%
Ignorado	19	8,4%
Grau de instrução (n=227)		
Ensino médio	67	29,5%
Superior incompleto	17	7,5%
Superior completo	132	58,1%
Ignorado	11	4,8%
Tempo de atuação no hospital em estudo (n=227)		
0 a 4,9 anos	92	40,5%
5 a 9,9 anos	64	28,2%
10 a 14,9 anos	37	16,3%
15 a 19,9 anos	7	3,1%
20 a 24,9 anos	8	3,5%
25 a 29,9 anos	9	4%
30 a 35 anos	5	2,2%
Ignorado	5	2,2%
Carga horária semanal no hospital em estudo (n=227)		
Até 10 horas	2	0,9%

Até 20 horas	13	5,7%
Até 30 horas	106	46,7%
Até 40 horas	41	18,1%
Até 50 horas	52	22,9%
Até 60 horas	2	0,9%
Ignorado	11	4,8%

Tabela 16. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 1 - Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas</i>	<i>Negativas</i>	<i>Qui - Quadrado</i>	<i>Significância</i>
1) Segurança do paciente e desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde				
01. Existe no hospital algum programa que promova a melhoria da qualidade da atenção?	89	127	6,685 ^a	,010
02. Existe um processo organizado para aquisição e fornecimento de materiais hospitalares?	42	174	80,667 ^a	,000
03. O hospital possui estrutura física adequada para proteção de pacientes e funcionários?	134	82	12,519 ^a	,000
04. Existe acesso confiável à telefonia e à internet dentro do Hospital?	120	103	1,296 ^b	,255
05. Existe fornecimento adequado de materiais hospitalares?	84	135	11,877 ^c	,001
06. Existe sistema informatizado para o registro da assistência?	159	63	41,514 ^d	,000
07. Existe um número adequado de profissionais no hospital?	27	194	126,195 ^e	,000
08. Existe um sistema de auditoria clínica no hospital?	95	125	4,091 ^f	,043
09. Existem comissões atuantes no hospital?	144	79	18,946 ^b	,000
Total de questões	04	05		

Tabela 17. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 2 - Política Nacional de Segurança do Paciente, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			Significância
	Afirmativas	Negativas	Qui - Quadrado	
2) Política Nacional de Segurança do Paciente				
10. Você conhece a política nacional para segurança do paciente?	98	128	3,982 ^a	,046
11. Existe no hospital um programa voltado à segurança do paciente?	108	115	,220 ^b	,639
12. Você conhece o programa de segurança do paciente do hospital?	71	153	30,018 ^c	,000
13. Você participa das decisões relacionadas ao programa de segurança do paciente do hospital?	34	191	109,551 ^d	,000
14. Existem indicadores relacionados à segurança do paciente no hospital?	68	156	34,571 ^e	,000
15. Existe registro no prontuário, de erros, incidentes ou eventos adversos?	77	142	19,292 ^e	,000
16. Os erros, incidentes e eventos adversos são notificados?	85	132	10,180 ^f	,001
17. Existe investigação de erros, incidentes	60	156	42,667 ^g	,000

ou eventos adversos?				
18. Existe revisão multidisciplinar sobre os incidentes, eventos adversos e erros que ocorrem no hospital?	33	188	108,710 ^h	,000
Total de questões		09		

Tabela 18. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 3 - Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			Significância
	<i>Afirmativas</i>	<i>Negativas</i>	<i>Qui – Quadrado</i>	
3) Conhecimento e aprendizado sobre a segurança do paciente				
19. Existem manuais sobre segurança do paciente no hospital?	57	167	54,018 ^a	,000
20. Você tem acesso a esses manuais?	52	172	64,286 ^a	,000
21. Existe um programa de educação permanente no hospital?	94	127	4,928 ^b	,026
22. O programa de educação permanente inclui a segurança do paciente?	71	149	27,655 ^c	,000
23. Você já participou de alguma capacitação sobre segurança do paciente promovida pelo hospital?	66	156	36,486 ^d	,000
24. Você já participou de capacitação sobre segurança do paciente fora do hospital?	63	162	43,560 ^e	,000
25. Existe programa de educação permanente para profissionais novos no hospital?	71	150	28,240 ^b	,000
26. Existem protocolos de	117	106	,543 ^f	,461

assistência no hospital?				
27. Você conhece os protocolos do hospital?	86	137	11,664 ^f	,001
28. Existe fluxogramas de atendimento no hospital?	93	131	6,446 ^a	,011
29. Você conhece os fluxogramas de atendimento?	69	151	30,564 ^c	,000
30. Existem listas de verificação/checklist para procedimentos no hospital?	85	138	12,596 ^f	,000
31. Você utiliza as listas de verificação/checklist?	65	156	37,471 ^b	,000
Total de questões	01	12		

Tabela 19. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 4 - Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas</i>	<i>Negativas</i>	<i>Qui - Quadrado</i>	<i>Significância</i>
4) Aumento na conscientização sobre a segurança do paciente				
32. No último ano, o hospital participou de alguma atividade de sensibilização em segurança do paciente?	87	135	10,378 ^a	,001
33. Existe algum mecanismo dentro do hospital para informar sobre os direitos do paciente?	78	142	18,618 ^b	,000
34. Existe algum sistema (formulários e protocolos) para obter o consentimento do paciente antes de algum procedimento?	159	66	38,440 ^c	,000
35. Existe algum mecanismo no hospital para pacientes e familiares relatarem sobre assuntos relacionados com a segurança do paciente?	88	134	9,532 ^a	,002
36. Existe algum mecanismo para pacientes, familiares e profissionais compartilharem ideias e preocupações sobre segurança?	51	172	65,655 ^d	,000
37. Existe algum mecanismo de sensibilização da equipe relacionada às questões de segurança?	62	158	41,891 ^b	,000
38. O hospital tem ligação com a sociedade civil e a comunidade que pode ser usada para a	38	181	93,374 ^e	,000

sensibilização sobre segurança do paciente?				
39. Você já participou de alguma atividade comunitária de sensibilização para a segurança do paciente?	22	199	141,760 ^f	,000
40. O hospital utiliza recursos visuais (cartazes, impressos, murais) para sensibilização dos profissionais, pacientes e familiares?	126	97	3,771 ^d	,052
41. Para você, existe uma conscientização coletiva sobre segurança do paciente no hospital?	37	183	96,891 ^b	,000
Total de questões	02	08		

Tabela 20. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 5 - Infecções relacionadas aos cuidados de saúde, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			Significância
	Afirmativas	Negativas	Qui - Quadrado	
5) Infecções relacionadas aos cuidados de saúde				
42. Existe uma pessoa, equipe, comissão ou comitê multidisciplinar para Prevenção e Controle de Infecção no hospital?	183	32	106,051 ^a	,000
43. Você conhece as atribuições da equipe de Prevenção e Controle de Infecção?	127	96	4,309 ^b	,038
44. A equipe de Prevenção e Controle de Infecção realiza reuniões para definir metas e estratégias com os profissionais do hospital?	100	123	2,372 ^b	,124
45. A equipe de Prevenção e Controle de Infecção divulga os dados do trabalho realizado no hospital?	116	107	,363 ^b	,547
46. A equipe de Prevenção e Controle de Infecção visita periodicamente seu setor de trabalho?	116	108	,286 ^c	,593
47. Existem normas ou rotinas escritas sobre higiene das mãos?	206	17	160,184 ^b	,000
48. Existem normas ou rotinas escritas sobre desinfecção e esterilização?	166	57	88,360 ^d	,000
49. Existem normas ou rotinas escritas sobre isolamentos e precauções?	183	42	88,360 ^d	,000
50. Existem normas ou rotinas escritas sobre uso de equipamentos de proteção individual?	170	55	58,778 ^d	,000
51. Existem normas ou rotinas escritas sobre práticas assépticas para o controle de infecção?	162	61	45,744 ^b	,000
52. Existem normas ou rotinas escritas sobre	144	79	18,946 ^b	,000

administração de medicamentos?				
53. Existem normas ou rotinas escritas sobre uso de antibióticos?	138	85	12,596 ^b	,000
54. Existem normas ou rotinas escritas sobre limpeza e desinfecção de superfícies?	149	74	25,224 ^b	,000
55. Você consulta as normas e rotinas relacionadas à prevenção da infecção?	107	115	,288 ^e	,591
56. Existe capacitações sobre infecções associadas ao cuidado para os profissionais do hospital?	99	124	2,803 ^b	,094
57. Existem lembretes (cartazes) sobre a higiene das mãos no hospital?	201	21	145,946 ^e	,000
58. Existem lembretes (cartazes) sobre outros temas relacionados com a prevenção e controle de infecção no hospital?	144	81	17,640 ^d	,000
59. Existem lembretes (cartazes) sobre lavagem das mãos outros temas relacionados com a prevenção e controle de infecção em áreas destinadas aos pacientes?	150	71	28,240 ^f	,000
60. Existe um serviço de microbiologia/laboratório no hospital?	171	49	67,655 ^g	,000
61. Existe um sistema para notificação de doenças infecciosas dentro do hospital?	167	53	59,073 ^g	,000
62. Existe suprimento adequado de sabão por todo o hospital?	143	78	19,118 ^f	,000
63. Existe suprimento adequado de papel toalha por todo o hospital?	141	80	16,837 ^f	,000
64. Existe suprimento adequado de álcool por todo o hospital?	121	99	2,200 ^g	,138
65. Existe protocolo escrito para a troca, manuseio e reutilização da roupa de cama?	66	155	35,842 ^f	,000
66. Existem rotinas e protocolos escritos para o uso de medicamentos antimicrobianos?	112	112	,000 ^c	1,000
67. Existem dados disponíveis/divulgados recentemente sobre a resistência	65	157	38,126 ^e	,000

antimicrobiana no hospital?				
68. Existem medidas para a padronização e avaliação de materiais e equipamentos?	107	115	,288 ^e	,591
69. Na sua opinião, há quebra das normas, rotinas e protocolos relacionados à Prevenção e Controle da Infecção no hospital?	138	85	12,596 ^b	,000
Total de questões	21	06		

Tabela 21. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 6 – Proteção dos trabalhadores, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			Significância
	Afirmativas	Negativas	Qui - Quadrado	
6) Proteção dos trabalhadores				
70. Existe uma política de proteção aos trabalhadores no hospital?	71	152	29,422 ^a	,000
71. Existem artigos para a proteção pessoal (luvas, aventais, máscaras, óculos) disponíveis em quantidade suficiente para os trabalhadores?	128	96	4,571 ^b	,033
72. Os profissionais recebem informação sobre o uso de equipamentos de proteção?	130	95	5,444 ^c	,020
73. Os profissionais recebem informação sobre os riscos e cuidados específicos no seu setor de trabalho?	109	115	,161 ^b	,688
74. Existe um sistema para registro e acompanhamento dos acidentes de trabalho?	163	61	46,446 ^b	,000
75. Existe um protocolo para profilaxia pós exposição para os profissionais?	145	78	20,130 ^a	,000
76. Existe um mecanismo para registrar o excesso de horas de trabalho dos profissionais?	98	125	3,269 ^a	,071
77. Existe acesso adequado a tratamentos de emergência para os trabalhadores durante o horário de trabalho?	74	148	24,667 ^d	,000
78. Na sua opinião, os cuidados são seguidos pelos profissionais em todos os setores?	33	189	109,622 ^d	,000
79. Na sua opinião, os cuidados são	32	191	113,368 ^a	,000

seguidos pelos
profissionais todo o
tempo?

Total de questões

04

06

Tabela 22. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 7 – Gestão dos resíduos de saúde, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas</i>	<i>Negativas</i>	<i>Qui - Quadrado</i>	<i>Significância</i>
7) Gestão dos resíduos no cuidado de saúde				
80. Existem protocolos escritos para o gerenciamento de resíduos no hospital?	144	80	18,286 ^a	,000
81. Você leu/conhece os protocolos sobre gerenciamento de resíduos do hospital?	85	136	11,769 ^b	,001
82. Existe suprimentos/materiais para coletar todos os tipos de resíduos no hospital?	111	111	,000 ^c	1,000
83. Há divulgação, no hospital, sobre os tipos de resíduos em todos os setores?	105	118	,758 ^d	,384
84. Há divulgação, no hospital, sobre como e onde descartar os resíduos?	105	115	,455 ^e	,500
85. Na sua opinião, há problemas com a segregação dos resíduos no hospital?	130	94	5,786 ^a	,016
Total de questões	02	03		

Tabela 23. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 8 – Intervenções cirúrgicas seguras, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			Significância
	Afirmativas	Negativas	Qui - Quadrado	
8) Intervenções cirúrgicas seguras				
86. Existe protocolo para identificação do paciente no hospital?	130	92	6,505 ^a	,011
87. Existe protocolo específico para admissão e internação de pacientes cirúrgicos no hospital?	109	112	,041 ^b	,840
88. Existe um sistema para registrar os erros relacionados à procedimentos cirúrgicos?	34	187	105,923 ^b	,000
89. Existe um sistema para registrar os óbitos relacionados à procedimentos cirúrgicos?	49	169	66,055 ^c	,000
90. Existe um sistema para registrar as complicações relacionadas à procedimentos cirúrgicos?	44	178	80,883 ^a	,000
91. Existe protocolo para transporte de paciente no hospital?	65	155	36,818 ^d	,000
92. Existem protocolos específicos para realização de procedimentos cirúrgicos?	74	143	21,940 ^e	,000
93. Estes protocolos são seguidos em todos os setores?	28	193	123,190 ^b	,000
94. Estes protocolos são seguidos todo o tempo?	21	197	142,092 ^c	,000

**Total de
questões**

01

08

Tabela 24. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 9 – Segurança relacionada aos medicamentos, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			
	<i>Afirmativas</i>	<i>Negativas</i>	<i>Qui - Quadrado</i>	<i>Significância</i>
9) Segurança relacionada aos medicamentos				
95. Existe um profissional, comissão ou comitê de medicamentos atuante no hospital?	66	156	36,486 ^a	,000
96. O suprimento de medicamentos no hospital é adequado?	64	157	39,136 ^b	,000
97. A prescrição médica é informatizada?	164	58	50,613 ^a	,000
98. Existe manual de medicamentos para consulta no hospital?	119	97	2,241 ^c	,134
99. Existe algum sistema específico de registro de incidentes e eventos adversos relacionados a medicamentos?	88	135	9,906 ^d	,002
100. O farmacêutico avalia as prescrições médicas?	78	143	19,118 ^b	,000
101. As recomendações do farmacêutico são documentadas no prontuário do paciente?	32	189	111,534 ^b	,000
102. Existem rotinas sobre prescrição, solicitação e dispensação de medicamentos no hospital?	142	80	17,315 ^a	,000
103. O hospital promove capacitações sobre	29	192	120,222 ^b	,000

administração de
medicamentos?

**Total de
questões**

03

06

Tabela 25. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 10 – Parceria para a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			Significância
	Afirmativas	Negativas	Qui - Quadrado	
10) Parcerias para a segurança do paciente				
104. O hospital tem envolvido pacientes e membros da comunidade na definição de prioridades, desenvolvimento de políticas, planejamento da prestação de serviços e segurança do paciente?	23	198	138,575 ^a	,000
105. O hospital participa das decisões do governo local relacionadas à prestação de serviços hospitalares?	47	175	73,802 ^b	,000
106. O hospital tem qualquer programa extensivo de atendimento à comunidade?	33	189	109,622 ^b	,000
107. O hospital tem parcerias com outros hospitais da região para ações relacionadas à segurança?	22	198	140,800 ^c	,000
108. O hospital tem parcerias com instituições de ensino?	174	46	74,473 ^c	,000
109. O hospital tem alguma parceria relacionada com a segurança dos pacientes?	33	186	106,890 ^d	,000
Total de questões	01	05		

Tabela 26. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 11 – Financiamento para a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			Significância
	<i>Afirmativas</i>	<i>Negativas</i>	<i>Qui - Quadrado</i>	
11) Financiamento para a segurança do paciente				
110. Existe orçamento destinado para atividades de segurança do paciente no hospital?	18	202	153,891 ^a	,000
111. O hospital requer contribuição financeira direta do paciente para prestar atendimento?	14	205	166,580 ^b	,000
112. O hospital recebe suprimentos do governo (medicamentos, equipamentos, materiais)?	155	64	37,813 ^b	,000
Total de questões	01	02		

Tabela 27. Análise da relação das variáveis afirmativas em relação às negativas por meio da aplicação do Qui - Quadrado referente à área 12 – pesquisa para a segurança do paciente, SC, Brasil, 2016

ÁREA	VARIÁVEIS (n 227)			Significância
	<i>Afirmativas</i>	<i>Negativas</i>	<i>Qui - Quadrado</i>	
12) Pesquisa para a segurança do paciente				
113. Já houve pesquisa conduzida no hospital para avaliar problemas associados com a segurança do paciente?				
114. Já houve pesquisa conduzida no hospital para gerar soluções aos problemas associados com a segurança do paciente?				
Média das respostas				

ANEXO

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS DE GRANDE PORTE DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Pesquisador: Anelise Viaplana Masiero

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39666314.8.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 921.170

Data da Relatoria: 15/12/2014

Apresentação do Projeto:

Muito Bem desenvolvida.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a Segurança do Paciente em Hospitais de Grande Porte das Macrorregiões de Saúde do Estado de Santa Catarina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Demonstrado pelo Pesquisador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está muito bem desenvolvido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos devidamente apresentados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências a serem consideradas.

Endereço: Av. Castelo Branco, 170

Bairro: Universitário

UF: SC

Município: LAGES

CEP: 88.509-900

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: odliemw@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 921.170

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delimitado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

LAGES, 18 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Odilia Maria Waldrieh
(Coordenador)

Endereço: Av. Castelo Branco, 170

Bairro: Universitário

UF: SC Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1088

CEP: 88.509-900

E-mail: odiliemw@yahoo.com.br