



REVISIONES

Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico

Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico

Culture of Patient Safety in health care: a bibliometric study

Camargo Tobias, Gabriela **Queiroz Bezerra, Ana Lúcia ***Silvestre Branquinho, Nayla Cecília *de Camargo Silva, Ana Elisa Bauer**

*Mestranda em Enfermagem. E-mail: gabicamargo22@gmail.com **Doutora em Enfermagem. Docente na Faculdade de Enfermagem. ***Mestre em Enfermagem.***Doutora em Enfermagem. Docente na Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Brasil.

Palavras chave: Segurança do paciente; gerenciamento de segurança; cultura organizacional

Palabras clave: Seguridad del paciente; gestión de la seguridad; cultura organizacional.

Keywords: Patient Safety; security management; organizational culture.

RESUMO

O objetivo deste estudo é descrever as características da produção científica sobre segurança do paciente relacionada a gerenciamento de segurança e cultura organizacional, quanto ao tipo de publicação, ano, veículo de publicação, país, idioma e temática abordada. A coleta de dados foi realizada em junho de 2012, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os descritores *segurança do paciente*, *gerenciamento de segurança* e *cultura organizacional*. Os resultados evidenciaram 106 indicações num período de sete anos (2006 a 2012). Das publicações 50,9% foram artigos provenientes dos Estados Unidos da América; 84,9% publicações foram na língua inglesa; 74% foram de artigos originais e a principal temática foi o erro médico. Concluímos que a produção científica foi maior e contínua nos últimos 3 anos. A autoria foi predominantemente americana e publicada em periódicos científicos nos Estados Unidos, o que indicou a necessidade de desenvolver pesquisas sobre o assunto no Brasil

RESUMEN

El objetivo de este estudio es describir las características de la literatura científica sobre la seguridad de los pacientes en relación con la gestión de la seguridad y la cultura de la organización, el tipo de publicación, año, vehículo de publicación, país, idioma y tema. La recolección de datos se llevó a cabo en junio de 2012, en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), utilizando los descriptores *seguridad del paciente*, *gestión de la seguridad* y *cultura organizacional*. Los resultados evidenciaron 106 indicaciones en siete años (2006 a 2012). 50,9% de las publicaciones fueron artículos de los Estados Unidos de América, 84,9% de las publicaciones eran en lengua inglesa, el 74% eran artículos originales

y el tema principal fue la mala praxis. Llegamos a la conclusión de que la producción científica fue mayor y continua en los últimos 3 años. La autoría fue predominantemente estadounidense y publicado en revistas científicas en los Estados Unidos, lo que indica la necesidad de desarrollar la investigación sobre el tema en Brasil.

ABSTRACT

The objective of this study is to describe the characteristics of scientific literature on patient safety related to security management and organizational culture, the type of publication, year, and vehicle of publication, country, language and theme. Data collection was conducted in June 2012, the Virtual Health Library (VHL) using the keywords patient safety, safety management and organizational culture. The results show 106 indications in seven years (2006 to 2012). 50.9% of the publications were articles from the United States, 84.9% publications were in English, 74% were original articles and the main theme was the malpractice. We conclude that the scientific production was higher and continuous in the last 3 years. The authorship was predominantly American and published in scientific journals in the United States, which indicated the need to develop research on the subject in Brazil.

INTRODUÇÃO

A redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável é uma questão reconhecida mundialmente como componente importante para alcançar a segurança do paciente e a qualidade no serviço ⁽¹⁾.

Nos serviços de saúde, a qualidade tornou-se uma vantagem competitiva para as organizações hospitalares. A sociedade exige cada vez mais a excelência nos serviços a ela prestados, o que torna fundamental a criação e adequação nos processos organizacionais ⁽²⁾ e o desenvolvimento de uma cultura organizacional e de segurança na assistência aos pacientes.

A cultura organizacional é a personalidade da organização e, como tal, se manifesta nas suas políticas, decisões e cotidiano do seu funcionamento, nas formas em que as pessoas interagem entre si, como realizam seu trabalho e se comunicam ⁽³⁾. Com a análise da cultura organizacional de um determinado serviço, é possível identificar como é a instituição, o que pretende ser e o que a sua gestão é capaz de realizar com suas forças e fraquezas para alcançar a qualidade e desenvolver uma cultura voltada para a segurança do paciente.

Nas instituições de saúde, a cultura de segurança está emergindo como um dos requisitos essenciais para evitar a ocorrência de incidentes, através do gerenciamento de risco em que os profissionais comunicam os erros e agem de forma pró ativa redesenhando os processos para prevenir novos incidentes.

Portanto, se a cultura de segurança é importante para uma organização e se a organização realiza seus processos sempre pensando na segurança, os resultados positivos serão a favor dos pacientes, colaboradores e equipe de saúde ⁽⁴⁾. Existe um consenso de que alguns atributos culturais da organização contribuem para a segurança do paciente, como o trabalho em equipe, o suporte das lideranças e a comunicação ⁽⁵⁾.

Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por comunicação aberta e fundada na confiança mútua, gerenciamento de risco, por percepções compartilhadas sobre a importância da segurança e de aprendizagem organizacional e pela confiança na eficácia de medidas preventivas ⁽⁶⁾. Nesse sentido, razão adicional para alcançar uma cultura de segurança positiva é o estímulo a

comunicação de incidentes pelo profissional considerada uma ferramenta eficiente para a melhoria da qualidade e segurança na instituição⁽⁷⁾.

Frente a isso, a utilização de ferramentas para avaliação dessa cultura se torna necessária para entender as atitudes e comportamentos dos profissionais em relação à segurança do paciente. Pesquisas de avaliação devem considerar a interação entre fatores organizacionais e individuais, o que permite melhor compreensão da dinâmica da equipe e das atitudes individuais em relação à cultura de segurança do paciente⁽⁸⁾.

Investigar a cultura consiste não apenas em identificar presença ou ausência de determinadas variáveis concretas, mas em analisar as relações indivíduo-trabalho-organização nelas implicadas. Isso pode aprofundar o conhecimento sobre a cultura de segurança de uma instituição com foco no gerenciamento de riscos⁽⁹⁾. Essas prerrogativas básicas têm subsidiado as mudanças em prol da segurança do paciente nos serviços de saúde. Assim, a segurança do paciente é considerada um componente crítico da qualidade da assistência.

Diante disso, torna-se relevante e oportuno conhecer e refletir sobre a segurança do paciente relacionada ao gerenciamento de segurança e a cultura organizacional, já que esta afeta diretamente a prática profissional. A análise e o diagnóstico, proporcionados pela pesquisa são valiosos instrumentos para conhecermos o que se tem pesquisado nessa área e compreendermos a evolução dos resultados e soluções que enfatizam um cuidado seguro visando à qualidade da assistência.

O presente trabalho tem por objetivo descrever as características da produção científica sobre segurança do paciente em instituições de saúde relacionadas ao tipo, ano e veículo de publicação, país, idioma e temática abordada.

MÉTODOS

Estudo descritivo, do tipo bibliométrico, que consiste num método acessível de análise quantitativa da produção científica sobre um determinado assunto⁽¹⁰⁾. Esse método além de permitir a recuperação da informação, subsidia a avaliação qualitativa da atividade científica fundamental para que o pesquisador possa acompanhar o que se produz em sua área de estudo⁽¹¹⁾.

A coleta de dados foi realizada em junho de 2012, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio de consulta a base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS), Biblioteca Cochrane e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Estas bases e bibliotecas foram escolhidas por apresentarem grande número de publicações na área pesquisada. Os termos utilizados para a busca, selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da LILACS e do Medical Subject Heading Terms (MeSH) da MEDLINE, foram *segurança do paciente*, *gerenciamento de segurança* e *cultura organizacional*.

Foram encontradas 135 indicações e, após análise dos registros (título, resumo e descritores ou apenas título e descritores), 106 publicações foram consideradas pertinentes ao tema abordado. Em seguida o programa Microsoft Excel versão 2007 foi utilizado para a construção de um instrumento de registro de dados, no qual as variáveis foram distribuídas, sendo então, calculadas as frequências simples e

relativa.

RESULTADOS

Foram analisadas 106 publicações que correspondem a um período de sete anos, 2006 a 2012. A trajetória das publicações observou ritmo ascendente, a partir de 2010. Em 2011 ocorreu o maior número de publicações 51(48,1%) como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Publicações sobre segurança do paciente em instituições de saúde no período de 2006 a 2012.

ANO	N	%
2006	1	0,9
2007	1	0,9
2008	1	0,9
2009	1	0,9
2010	14	13,2
2011	51	48,1
2012	37	34,9
Total	106	100,0

Foram encontradas indicações utilizando os descritores para a temática segurança do paciente em apenas duas bases de dados, sendo 95 (89,6%) na base MEDLINE e 11 (10,4%) na base LILACS. Nas bases IBECs, Cochrane e SciELO não foram encontradas quaisquer indicações.

Quanto ao tipo de estudo, 79 (74,5%) foram artigos originais, 14 (13,2%) artigos de revisão, sete (6,6%) editoriais, dois (1,9%) relatos de experiência, duas (1,9%) notícias, duas (1,9%) teses de doutorado, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Tipos de publicações sobre segurança do paciente em instituições de saúde no período de 2006 a 2012.

Publicações	N	%
Artigo original	79	74,5
Artigo de revisão	14	13,2
Editorial	7	6,6
Relato de experiência	2	1,9
Tese	2	1,9
Noticia	2	1,9
Total	106	100,0

A maior parte de indicações foi de artigos, o que explica a superioridade de artigos originais de pesquisa. Quanto ao veículo de publicação, 103 títulos (89,0%) foram encontrados em periódicos científicos, sete deles (6,6%) no *Journal Patient Safety*, cinco (4,7%) na revista *Quality Safety Health Care*, quatro (3,8%) na revista inglesa *Revista Calidade Assistance*, quatro (3,8%) na *Surgery Clinic North American*, quatro

(3,8%) na *Online Journal*, e quatro (3,8 %) na *International Journal Qualidade Health Care*, e as demais revistas constam entre três (2,8%) e um (0,9%) artigo publicado sobre a temática pesquisada.

Quanto ao idioma utilizado, 90 (84,9%) publicações foram escritas em inglês, nove (8,5%) foram escritas em português, sendo, duas teses, quatro artigos originais, um relato de experiência, uma revisão e um editorial, quatro (3,8%) foram escritos em espanhol, dois (1,9%) em francês e um (0,9%).em alemão.

Tabela 3. Idioma das publicações sobre segurança do paciente em instituições de saúde no período de 2006 a 2012.

IDIOMA	N	%
Inglês	90	84,9
Português	9	8,5
Espanhol	4	3,8
Frances	2	1,9
Alemão	1	0,9
Total	106	100,0

Dos 17 países de origem das publicações, 54 (50,9%) são dos Estados Unidos da América (EUA), 11(10,4%) do Reino Unido, 10 (9,4%) do Brasil, seis (5,7%) da Holanda, como mostra a tabela 4.

Tabela 4. Países das publicações sobre segurança do paciente em instituições de saúde no período de 2006 a 2012.

PAÍS	N	%
Estados Unidos	54	50,9
Reino Unido	11	10,4
Brasil	10	9,4
Holanda	6	5,7
Espanha	5	4,7
Suíça	4	3,8
França	3	2,8
Austrália	2	1,9
Canadá	2	1,9
Inglaterra	2	1,9
Chipre	1	0,9
Escócia	1	0,9
Finlândia	1	0,9
Itália	1	0,9
Nova Zelândia	1	0,9
Suécia	1	0,9
Tailândia	1	0,9
Total	106	100,0

A riqueza na variedade de abordagens do tema pode ser observada nos dados da Tabela 5.

Tabela 5. Temática abordada sobre segurança do paciente em instituições de saúde no no período de 2006 a 2012.

Temática	N	%
Erro médico	22	20,8
Qualidade da assistência	17	16,0
Erro de medicação	13	12,3
Gerenciamento de risco	13	12,3
Atitude profissional frente ao erro/risco	12	11,3
Cultura de segurança	9	8,5
Indicadores de riscos	4	3,8
Liderança do enfermeiro	4	3,8
Comunicação	3	2,8
Capacitação em serviço	3	2,8
Recursos em humanos e financeiros em saúde	3	2,8
Registro eletrônico	2	1,9
Padronização de terminologias e conceitos	1	0,9
Total	106	100,0

Várias temáticas são evidenciadas, 22 estudos (20,8%) abordaram os erros médico, 17 (16%) a qualidade da assistência, 13 (12,3%) erro de medicação, 13 (12,3%) gerenciamento de risco, 12 (11,3%) a atitude do profissional frente condutas de segurança, nove (8,5%) cultura de segurança, quatro (3,8) indicadores de riscos, quatro (3,8) liderança do enfermeiro, três (2,8%) capacitação em serviço, três (2,8%) comunicação, três (2,8%) recursos humanos e financeiros em saúde, dois (1,9%) registro eletrônico e um (0,9%) padronização de terminologias e conceitos.

DISCUSSÃO

Nas bases de dados pesquisadas foram encontradas 106 publicações somente a partir de 2006. Durante três anos consecutivos o número de artigos manteve-se escasso, e a partir de 2010 teve um aumento significativo de publicações demonstrando o interesse dos pesquisadores sobre o tema. Uma das explicações seria o fato de nesse mesmo ano a *Joint Commission International* ter lançado as metas internacionais para a segurança do paciente, com ênfase nos ambientes seguros em saúde por meio do gerenciamento de riscos para evitar o erro⁽¹²⁾. Essa é uma importante organização não-governamental americana que avalia a qualidade dos serviços de hospitais dentro dos EUA e atualmente no Brasil, recomenda que existam ferramentas para medir e monitorar o desempenho de uma instituição e propõe a utilização de instrumentos de notificação e análise crítica sobre as causas de sua ocorrência e implantação de medidas de qualidade⁽¹²⁾.

Os Estados Unidos da América lideraram as publicações. A questão da segurança do paciente nesse país passou a ser alvo de contínuo interesse e tornou-se de

abrangência internacional, desde a divulgação do relatório “Errar é Humano” (*To Err is Human*), elaborado pelo Comitê para a Qualidade do Cuidado à Saúde na América (*Committee on Quality of Health Care in América*), publicado em 2000⁽¹³⁾. Outra importante iniciativa na área da segurança do paciente nesse país foi a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente lançada em outubro de 2004 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com a missão de coordenar, disseminar práticas de melhorias para a segurança do paciente, mundialmente⁽¹⁴⁾.

O Reino Unido destacou-se em segundo lugar com 10,4% das publicações. Este país, na década de 90, passou por processo semelhante ao dos EUA, com aumento dos relatos de incidentes envolvendo equipamento médico. Em 1999 foram relatados mais de 6.600 incidentes, incluindo 87 mortes e 345 danos graves⁽¹⁵⁾. Outra iniciativa de segurança do paciente deste país ocorreu principalmente em 2001 com a criação da *National Patient Safety Agency* que estabeleceu áreas e procedimentos para monitoramento e ações de melhoria de desempenho nas instituições de saúde com a missão de identificar questões de segurança do paciente e encontrar soluções adequadas⁽¹⁶⁾.

O Brasil apresentou 9,4% de publicações. O país destaca-se pela criação de uma das primeiras e principais estratégias para a segurança do paciente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, órgão governamental, que tem atuado fortemente na área da segurança. A sua finalidade institucional é promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras⁽¹⁷⁾.

Quanto às temáticas das publicações 20,8% enfocam os erros médicos. Erro médico é definido como a consequência da falta de uso de medidas de segurança do paciente para evitar todos os tipos de eventos adversos ou tipos distintos de eventos, tais como erros de medicação, erros cirúrgicos, erros de comunicação ou erros de diagnóstico⁽¹⁸⁾. Muitos autores sugerem a implantação de um protocolo e medidas de segurança para ajudar na prevenção da ocorrência de eventos adversos, eliminando dúvidas e confusões em relação à realização de um procedimento, e facilitando a comunicação entre os membros da equipe, sendo certamente efetiva na prevenção de erros e eventos adversos decorrentes da assistência prestada^(19,20). Dois pesquisadores citam falta de cultura de segurança nas instituições como a raiz do problema de erros médicos^(21,22). No entanto há necessidade de alinhamento dos planos estratégicos das organizações criando um ambiente propício para gerenciamento de riscos e prevenção de eventos adversos com um programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente e redução de custos advindos da prestação dos cuidados⁽²³⁾.

A qualidade da assistência está presente em 16% das publicações. Os estudos destacam as relações entre as características organizacionais e culturais dos hospitais, o impacto destes na qualidade dos cuidados de saúde e o enfoque em resultados projetados para ajudar nas decisões políticas, assim como os contribuintes e gestores hospitalares a entender os fatores e processos que permitem alcançar e manter serviços de alta qualidade para seus pacientes^(24,25).

O erro de medicação obteve 12,3% das indicações. A maioria dos estudos nessa temática está relacionada a erros ocorridos na preparação e administração pela

equipe de enfermagem e, descrevem o conhecimento e habilidade na tomada de decisões principalmente pelos enfermeiros em relação as praticas no processos e administração de medicamento seguro⁽²⁶⁾. Erro de medicação é considerado um erro nas etapas do processo de medicação – requisição, distribuição, administração e monitorização do efeito - causando dano ou implicando risco de prejudicar o paciente⁽²⁷⁾. Melhorar a segurança de medicamentos é uma meta global visto que contribuem para alta taxa de eventos adversos, dentro hospitais, são freqüentemente caros e prejudiciais aos pacientes, profissionais de saúde e hospitais. Entre os fatores de riscos no sistema de medicação estão a organização, distribuição e embalagens dos medicamentos no posto de enfermagem⁽²⁸⁾.

Outro estudo analisou a redação da prescrição médica nos erros de doses, ocorridos em unidades de clínica médica de cinco hospitais brasileiros, e concluiu que a ausência da posologia nas prescrições pode favorecer a administração de doses erradas, resultando em ineficiência do tratamento, comprometendo a qualidade da assistência prestada aos pacientes hospitalizados⁽²⁶⁾. Daí a importância da notificação do erro de medicação, da adequação da carga horária e da abordagem estratégias eficazes para prevenção de erros de medicação⁽²⁹⁾. Além disso, a identificação adequada do paciente foi considerada necessária para uma administração de medicamentos de forma segura, para evitar que clientes com nomes semelhantes sejam facilmente confundido e receber uma dose inadequada para o seu tratamento⁽²⁶⁾.

Gerenciamento de risco encontrado em 12,3% das publicações e pressupõem uma série de ações (de prevenção, detecção e mitigação) que visam à prevenção e a redução do risco de dano desnecessário ao paciente associado ao cuidado em saúde⁽³⁰⁾. Em dois estudos a adesão ao *checklist* foi citada como um importante método para gerenciamento de segurança numa instituição^(31,32).

Atitude profissional frente ao erro/risco foi citada em 11,3% das publicações. Estudos apontam a necessidade da opinião dos profissionais para conhecer e avaliar as barreiras e os condicionantes em sua prática clínica, para o pleno desenvolvimento da cultura da segurança na prática cotidiana, assim como os elementos positivos que emergem do sistema e que se apresentam como aliados para favorecer uma mudança organizacional até uma verdadeira cultura de segurança do paciente⁽³³⁾.

O tema cultura de segurança alcançou 8,5% dos artigos que apontam os processos de mudança e inovação em instituições com diferentes culturas organizacionais e fatores subjacentes que facilitam ou dificultam este processo. Estes fatores incluem pessoas, ideias, padrões de relacionamento e tempo. Pode-se dizer que em certos ambientes existe uma cultura organizacional que favorece a mudança e a inovação e em outros não. A criação de um ambiente seguro para pacientes e profissionais requer um plano estratégico, liderança e trabalho em equipe⁽³⁴⁾.

Os indicadores de qualidade obtiveram 3,8% das indicações. Os hospitais são responsáveis por significativa parcela dos cuidados de saúde prestados aos pacientes e a inclusão de indicadores de segurança nos programas de monitoramento da qualidade nesses locais contribui para orientar medidas que promovam a segurança do paciente hospitalizado. No Brasil, existe um conjunto de indicadores definidos com essa finalidade, mas são escassas as pesquisas sobre o tema, a fim de contribuir para o desenvolvimento de um conjunto de medidas de segurança adaptadas à realidade brasileira. É importante que os indicadores de segurança do paciente sejam,

com base na melhor evidência científica, adaptado à realidade de cada país, para garantir sua viabilidade. Esse processo deve considerar variações culturais e da prática clínica, a disponibilidade dos sistemas de informação e a capacidade de hospitais e sistemas de saúde para implementar programas de monitoramento da qualidade efetivos⁽³⁴⁾.

O assunto sobre liderança do enfermeiro esteve em 3,8% das indicações. Nesses estudos, os autores apresentam os enfermeiros como líderes da equipe, linhas de frente na segurança e qualidade nos processos e resultados de assistência à saúde e como tal, são obrigados a entender e desenvolver as habilidades necessárias para aprimorar o processo e a assistência prestada tendo isso como uma responsabilidade profissional. Como líderes dentro de uma organização tornam-se o elo primordial no desempenho da mesma; identificam e comunicam os valores coletivos, asseguram os recursos para as pessoas, escutam a maior parte do tempo, pois são modeladores e defensores de culturas voltadas para o bom desempenho⁽³⁵⁾.

A temática comunicação esteve presente em 2,8% das indicações. Falhas neste segmento foram citadas como um dos fatores que contribui para a maioria dos casos de danos a paciente e, ocorrem em níveis inaceitáveis. Apesar de cientes de que o trabalho em equipe e boa comunicação entre a equipe é fundamental para o prestação de cuidados de alta qualidade, os processos e sistemas projetados para melhorar essa comunicação ainda permanecem escassos⁽³⁶⁾.

Capacitação em serviço alcançou 2,8% das publicações. A técnica de gestão de recursos da equipe foi ressaltada como recurso para determinar o custo-eficácia do treinamento da equipe de saúde em relação à atitude, comportamento e organização, incorporando a avaliação de barreiras e facilitadores para estimular o indivíduo, bem como a equipe, a estarem cientes das ameaças e perigos e gerenciar situações de risco de forma eficaz. Independente de evitar os erros, essa técnica pode auxiliar na efetivação da mudança de cultura, produzindo um ambiente mais seguro⁽³⁷⁾.

O recurso humano e financeiro em saúde esteve em 2,8% das publicações. As pessoas foram destacadas como a chave para a melhoria da qualidade e o departamento de gestão de recursos humanos tendo um papel crítico, dentro de uma organização, em relação às pessoas e capaz de prover um investimento financeiro para permitir o crescimento da instituição com qualidade. Foi ressaltado, a necessidade de uma melhoria na cultura organizacional e cuja eficácia depende de fatores como liderança, cultura, construção de conhecimento e aprendizagem, fatores que não podem ser comprados e sim construídos em conjunto. A capacidade e dedicação dos gestores em implementar as mudanças resultará no sucesso ou o fracasso da organização, o que significa ter profissionais com foco na segurança do paciente e na qualidade do cuidado prestado⁽³⁸⁾.

Registro eletrônico esteve presente em 1,9% das publicações. Os estudos abordam a importância dos sistemas de registro eletrônico em saúde para um impacto positivo na segurança do paciente. Para tanto, os profissionais devem ser preparados e habilitados para utilizar efetivamente esta ferramenta⁽³⁹⁾.

Quanto à padronização de terminologias e conceitos foram 0,9% das indicações. Sugeriram uma definição compreensível de erro médico e segurança do paciente e como proposta a classificações para utilização destes termos em cuidados de saúde por meio de uma revisão sistemática da literatura, objetivando uniformizar a

terminologia usada na pesquisa de segurança do paciente, a partir das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e, o uso de conceitos de segurança do paciente internacionalmente aceitáveis para a classificação de eventos adversos e quase erros em instituições de saúde em todo o mundo ⁽⁴⁰⁾.

CONCLUSÕES

O assunto foi pesquisado continuamente nos últimos três anos (2010-2012), com a predominância da produção de artigos originais (74,5%), cujos principais veículos de publicação foram os periódicos, facilitando a propagação do conhecimento.

O predomínio das publicações norte-americanas (50,9%), natural pelo grande investimento em pesquisa neste país, contrapôs-se à escassez de publicações sobre segurança do paciente no Brasil, o que demonstra a necessidade de estudos brasileiros nesse segmento.

A preocupação dos estudiosos frente aos erros e as sugestões na prevenção de suas ocorrências mostram, o reconhecimento da importância de uma assistência segura e de qualidade como base para a prática profissional competente.

Os erros ocorridos na preparação e administração de medicamento destacam o enfermeiro como o principal profissional nesse campo de atuação enfatizando a importância de uma equipe qualificada para lidar com a prática de medicação segura. Iniciativas sobre medicação segura foram lançadas mundialmente, mas ainda é necessário pesquisas intervencionistas para criação de sistemas mais seguros e de qualidade.

Melhoria organizacional em relação à cultura de segurança é compromisso da gestão hospitalar, cujos profissionais de saúde são essenciais nessa decisão, sendo a administração do hospital, o responsável pelo estabelecimento de políticas e procedimentos visando melhoria da qualidade e cultura de segurança no hospital ⁽⁴¹⁾.

Alguns estudos apontaram a importância da implantação de um programa global e multidimensional para avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde como uma prioridade institucional visando à cultura de segurança com investimento no desenvolvimento de capacidades locais, no gerenciamento de riscos e nos sistemas de informação já existentes ⁽³⁴⁾. É necessário nortear a construção dos programas de monitoramento para garantir a produção de informação para a tomada de decisões e estimular o compromisso de todos com a transparência nos serviços de saúde e a responsabilização com a melhoria da segurança.

Este estudo visa o despertar na construção do conhecimento sobre segurança do paciente e as atitudes dos profissionais frente à cultura organizacional revelam claramente à falta de comunicação e de gerenciamento de risco, do registro eletrônico eficaz, da carência de uma normatização para terminologias relacionadas aos eventos adversos, da preocupação da liderança com o crescimento institucional, com atitudes pró ativas frente ao erro e necessidade de capacitação em serviço. Atuar para o alcance da cultura de segurança das organizações requer mudança de pensamento, uso de registros adequados e conhecimento dos erros atuais. O resultado aqui expostos podem subsidiar o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o assunto, buscando esclarecer o que acontece na prática profissional e assim propor estratégias para evitar erros recorrentes aprimorando a cultura organizacional e com

isso, a prevenção de eventos adversos e a melhoria da qualidade e segurança da assistência aos pacientes.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Research for patient safety: better knowledge for safer care. 2008; 20. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_en.pdf>. Acesso em: 08/07 2012.
2. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente Health quality management: improving support to client Gestión de calidad en salud: mejorando asistencia al cliente. São Paulo. 2011;35(5):319–31.
3. Sabino EA. Cultura organizacional: Percepção e Relação com a Satisfação no Trabalho. Monografia. Universidade de Brasília. 2011.
4. Reiling JG. Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. Advances in Patient Safety: From Research to Implementation. Volume 3, AHRQ Publication Nos. 050021 (1-4). Feb. 2005. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/advances/>>. Acesso em 25/08/12.
5. Sorra J, Nieva V. F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication n. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Sept. 2004. Disponível em <<http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospcult.pdf>> Acesso em 25/08/12.
6. Filho APG. Universidade federal da bahia cultura e gestão de segurança no trabalho em organizações industriais: uma proposta de modelo organizações industriais: Uma proposta de modelo. tese de doutorado. Salvador, 2011.
7. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M: Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. Qual Saf Health Care 2007, 16(4):313-20.
8. Chen C, Li H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). BMC Health Services Research. 2010. 10:152
9. Godoy RSP, Pecanha DLN. Cultura organizacional e processos de inovação: um estudo psicossociológico em empresa de base tecnológica. Bol. - Acad. Paul. Psicol., São Paulo, v. 29, n.1, jun. 2009. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2009000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25/08/2012.
10. [Mueller](#) SPM, [Passos](#) EL. Comunicação científica. [Universidade de Brasília. Departamento de Ciência da Informação e Documentação](#). 2000 pg 15-16.
11. Santos RN. Produção científica: por que medir? O que medir? Rev Digit Biblioteconomia Cienc Inform. 2003; 1(1):22-38.
14. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Improving america's hospitals: a report on quality and safety. Disponível em http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2006_Annual_Report.pdf. Acesso em 12/06/2012.
15. Institute Of Medicine. Medicare: a strategy for quality assurance. Volume I. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/1547.html>>. Acesso em 10/07/2012.
13. Joint Commission for Patient Safety. World Alliance for Patient Safety [internet]. 2008 Disponível em: <http://www.ccforspatientsafety.org/30730/>. Acesso em 25/08/2012.
16. Department of Health. *An organisation with a memory*: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London: The Stationery Office; 2000. Disponível

em<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4065083> Acesso em 12/06/2012.

17. National Patient Safety Agency (NPSA). Disponível em <http://www.npsa.nhs.uk/>. Acesso em 12/08/2012.

18. ANVISA - www.anvisa.gov.br site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/areas_diretas.htm> Acesso em 12/09/2012.

19. Suresh GK. Measuring patient safety in neonatology. American journal of perinatology [Internet]. 2012 Jan;29(1):19–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21879457>

20. Reason J : [patient safety, human error, and Swiss cheese. Interview by Karolina Peltomaa and Duncan Neuhauser.](#) *Qual Manag Health Care*; 21(1): 59-63, 2012 Jan-Mar.

21. Chevillotte J. Promoting an absolute culture of patient safety. *Rev Infirm*; (177): 4, 2012 Jan.

23. Robertson N. Improving patient safety: lessons from rock climbing. The clinical teacher [Internet]. 2012 Feb;9(1):41–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22225892>

24. Dodek PM; Wong H; Heyland DK; Cook DJ; Rocker GM; Kutsogiannis DJ; Dale C; Fowler R; Robinson S; Ayas NT. The relationship between organizational culture and family satisfaction in critical care. *Crit Care Med*; 40(5): 1506-12, 2012 May

25. Caixeiro, FTO. [Aplicação do método análise dos modos de falha e seus efeitos \(FMEA\) para a prospecção de riscos nos cuidados hospitalares no Brasil/ Application of the analysis of failure modes and effects \(FMEA\) for the exploration risk in the hospital in Brazil.](#)

26. Chera BS; Jackson M; Mazur LM; Adams R; Chang S; Deschesne K; Cullip T; Marks LB. Improving quality of patient care by improving daily practice in radiation oncology. *Semin Radiat Oncol*; 22(1): 77-85, 2012 Jan.

27. Aranaz JM; Moya C. Patient safety and health care quality. *Rev Calid Asist*; 26(6): 331-2, 2011 Nov-Dec.

28. Gimenes FRE, Mota MLS, Teixeira TCA, Silva AEBDC, Opitz SP, Cassiani SHDB. Patient safety in drug therapy and the influence of the prescription in dose errors. *Revista latino-americana de enfermagem* [Internet]. 2010;18(6):1055–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21340268>

29. Lisby M; Nielsen LP; Brock B; Mainz J. How should medication errors be defined? Development and test of a definition. *Scand J Public Health*; 40(2): 203-10, 2012 Mar.

30. Raduenz AC, Hoffmann P, Radunz V, Dal Sasso GTM, Maliska ICA, Marck PB. Nursing care and patient safety: visualizing medication organization, storage and distribution with photographic research methods. *Revista latino-americana de enfermagem* [Internet]. 2010;18(6):1045–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21340267>

31. Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *REBEn*. 2007;60(2):32–6.

32. de Paiva MCMDS, de Paiva SAR, Berti HW. [Adverse events: analysis of a notification instrument used in nursing management]. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P* [Internet]. 2010 Jun;44(2):287–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20642037>

33. Kasatpibal N; Senaratana W; Chitreecheur J; Chotirosniramit N; Pakvipas P; Junthasopeepun P
[Implementation of the World Health Organization surgical safety checklist at a university hospital in Thailand.](#) *Surg Infect (Larchmt)*; 13(1): 50-6, 2012 Feb.

34. Helmiö P; Blomgren K; Takala A; Pauniahö SL; Takala RS; Ikonen TS. Towards better patient safety: WHO Surgical Safety Checklist in otorhinolaryngology. *Clin Otolaryngol*; 36(3): 242-7, 2011 Jun.
35. Ques A, Montoro C, Gonzalez M. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem¹. 2010;18(3):54-6.
36. Cadmus E; Brigley P; Pearson M. [Safe patient handling: is your facility ready for a culture change? *Nurs Manage*](#); 42(11): 12-5, 2011 Nov.
37. Gouvêa CSD, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática Patient safety indicators for acute care hospitals: a systematic review. 2010;26(6):1061-78.
38. Julianne M. [Nurses create a culture of patient safety: it takes more than projects. *Online J Issues Nurs*](#); 16(3): 2, 2011 Sep.
39. Morrison D; Sanders C. Huddling for optimal care outcomes. *Nursing*; 41(12): 22-4, 2011 Dec.
40. Kemper PF, de Bruijne M, van Dyck C, Wagner C. Effectiveness of classroom based crew resource management training in the intensive care unit: study design of a controlled trial. *BMC health services research* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011 Jan [cited 2012 Oct 3];11(1):304. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3248881&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
41. Singer SJ, Clark JR. Entrepreneurship, culture, knowledge, and learning: a multispective view of patient safety improvement. *Health care management review* [Internet]. 2011 [cited 2012 Oct 3];36(4):299-300; discussion 303-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21712719>
42. Metzger J; Welebob E; Bates DW; Lipsitz S; Classen DC Mixed results in the safety performance of computerized physician order entry. *Health Aff (Millwood)*; 29(4): 655-63, 2010 Apr.
43. Keriél-Gascou M; Figon S; Letriliart L; Chanelière M; Colin C. [Presse Med](#); 40(11): e499-505, 2011 Nov.
44. Zohar D, Gazit TO: Transformational leadership and group interaction as climate antecedents: A social network analysis. *J Appl Psychol* 2008, 93:744-757.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia