



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

IARA NEVES VIEIRA CAVALCANTE

**PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

SALVADOR
2023

IARA NEVES VIEIRA CAVALCANTE

**PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Handerson Silva Santos

Coorientadora: Profa. Dra. Ednir Assis Souza

SALVADOR

2023

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C376 Cavalcante, Iara Neves Vieira
Programa nacional de segurança do paciente no Brasil: uma revisão
integrativa/Iara Neves Vieira Cavalcante. – Salvador, 2023.
137 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Handerson Silva Santos; Coorientadora: Prof^a.
Dr^a. Ednir Assis Souza.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde,
2023.

Inclui referências e apêndices.

1. Programa. 2. Segurança do paciente – Brasil. 3. Condições de
trabalho - Brasil. 4. Enfermagem. I. Santos, Handerson Silva. II. Souza,
Ednir Assis. III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 614(81)

IARA NEVES VIEIRA CAVALCANTE

PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa na Linha de pesquisa Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 05 de Dezembro de 2023

BANCA EXAMINADORA

Dr. Handerson Silva Santos (Orientador) _____

Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia.

Professor da Universidade Federal da Bahia.



Documento assinado digitalmente
HANDERSON SILVA SANTOS
Data: 11/12/2023 08:02:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Elaine Cristina Novatzki Forte (1º Examinador)

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

Professora da Universidade Federal de Santa Catarina.



Documento assinado digitalmente
Elaine Cristina Novatzki Forte
Data: 05/12/2023 15:30:26-0300
CPF: ***.205.439-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Dra Flávia Catarino Conceição Ferreira (2º Examinador)

Doutorado em Ciência da Informação pela Universidade Federal da Bahia

Professora da Universidade Federal da Bahia.



Documento assinado digitalmente
FLAVIA CATARINO CONCEICAO FERREIRA
Data: 06/12/2023 10:33:20-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Livia Angeli Silva (Suplente) _____

Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia

Professora da Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

Às trabalhadoras de enfermagem, pelos desafios enfrentados em condições inseguras no trabalho, pelo compromisso com a segurança dos pacientes, apesar das dificuldades, por acreditar na transformação da melhoria do processo de trabalho a partir da organização política da categoria profissional com o programa nacional de segurança do paciente.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por se fazer presente em todos os momentos, dando-me força para seguir em busca dos meus sonhos, minhas conquistas, e nunca desistir dos meus ideais.

A minha filha, Maya Roberta, o Amor de toda minha vida e de outras vidas, meu tesouro, o motivo das minhas alegrias do meu sorriso, minha maior motivação, minha melhor companhia que superou os desafios junto comigo desde do meu ventre materno até a presente defesa.

Aos meus pais, Maria e José, por terem me proporcionado a educação como maior legado. Ao meu avô Américo Vieira pelo carinho especial, apoio e incentivo de sempre aos interesses pelo conhecimento e sabedoria.

Ao meu querido esposo Roberto Henrique, que tem sido um grande companheiro na minha trajetória, por seu amor, parceria, paciência, compreensão e confiança. À minha família, no qual se orgulham e celebram comigo esta conquista.

Aos meus irmãos, Felipe Ramon e Wellington, pela parceria, amizade, ensinamentos e apoio em cada passo da minha vida. Ao meu querido sobrinho Pedro Miguel por me proporcionar momentos de alegrias.

Ao meu querido orientador Prof^o. Dr. Handerson Santos, por conduzir-me com maestria, pela confiança, por ter acreditado nessa pesquisa, pelos seus conhecimentos, além da compreensão, sensibilidade pela minha gestação e nascimento da minha primeira Filha e, principalmente, por todas as mudanças que ocorreram em mim decorrentes dessa convivência.

À minha coorientadora Prof^o Dra. Ednir Assis, pelas valiosas contribuições, á banca examinadora as Professoras Dra. Elaine Forte, Dra. Flávia Catarino e Dra. Livia Angeli, pela disponibilidade em participar da banca e as importantes contribuições.

Em especial a Prof^o Dra. Tatiane Araújo e ao grupo de pesquisa Gerir, pela oportunidade de crescimento, troca de conhecimentos e experiência, pelo carinho e acolhimento. Pelas valiosas contribuições desde a concepção do projeto que contribuíram para a finalização desta dissertação.

A coordenadora de enfermagem, Lucimare Noronha, pois o seu apoio e compreensão foram determinantes ao me proporcionar as oportunidades e disponibilidade para cursar o mestrado. Aos colegas de trabalho pela parceria, a escuta, o respeito, em especial, às enfermeiras, pela disponibilidade em ajudar a conciliar as atividades do mestrado com a escala de trabalho.

Às colegas de mestrado, pelo convívio, a boas conversas, os sorrisos, a parceria o interesse em ajudar, com o aprendizado, em especial a Aline Fiscina e Flávia Lavínia.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Não temos como evitar os erros. Mas
(...) "Erros Inteligentes", são onde o
futuro está. Eles trazem novos e valiosos
conhecimentos.

Amy Edmondson

CAVALCANTE, Iara Neves Vieira. **Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil: Uma revisão integrativa.** 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2023.

RESUMO

O objetivo geral do presente estudo é analisar na produção científica nacional os elementos que revelem os objetivos e estratégias de implementação do PNSP nas organizações de saúde. A presente pesquisa consiste em uma revisão integrativa da literatura. Assim, foram incluídas publicações na íntegra a partir de pesquisas desenvolvidas no Brasil nas fontes de informações/ bases de dados: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Comprehensive Medline), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe de Información en Ciencias de La Salud), WEB OF SCIENCE. Também foram incluídas publicações encontradas no (Portal da CAPES), estudos produzidos sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente entre 2013 e 2022. Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Office Excel 2019 e analisados. Foram identificados 178 estudos, cuja análise temática do corpus deste estudo revelou 12 categorias. Do ponto de vista dos tipos de desenhos de estudos, destacam-se os transversais, observacionais e descritivos, em relação ao ano de publicação, 2019 foi o ano mais expressivo com 31 (17,3%) publicações. Os estudos analisados reconhecem que ainda é necessário avançar mais para as práticas de segurança nas organizações de saúde. Embora seja relevante, pois, muitos são os fatores ligados com as condições de trabalho fragilizadas, que dificultam o cumprimento das ações de segurança implementadas pelo PNSP desde 2013 nas organizações de saúde, capazes de impactar na realização de práticas seguras, onde é perceptível que os cuidados são inseguros e os erros no ambiente de trabalho ainda ocorrem.

Palavras-chave: Programa. Segurança do Paciente. Brasil. Condições de Trabalho. Enfermagem.

CAVALCANTE, Iara Neves Vieira. **National Patient Safety Program in Brazil: An integrative review.** 2023. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – School of Nursing at the Federal University of Bahia, Salvador, Bahia, 2023.

ABSTRACT

The general objective of the present study is to analyze in the national scientific production the elements that reveal the objectives and strategies for implementing the PNSP in health organizations. This research consists of an integrative review of the literature. Thus, full publications were included based on research developed in Brazil in information sources/databases: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Comprehensive Medline), LILACS (Literature Latinoamericana y del Caribe de Información en Ciencias de La Health), WEB OF SCIENCE. Publications found on the CAPES Portal were also included, studies produced on the National Patient Safety Program between 2013 and 2022. The data was tabulated in a Microsoft Office Excel 2019 spreadsheet and analyzed. 178 studies were identified, whose thematic analysis of the corpus of this study revealed 12 categories. From the point of view of the types of study designs, the cross-sectional, observational and descriptive ones stand out. In relation to the year of publication, 2019 was the most significant year with 31 (17.3%) publications. The studies analyzed recognize that it is still necessary to advance further in security practices in healthcare organizations. Although it is relevant, there are many factors linked to fragile working conditions, which make it difficult to comply with the safety actions implemented by the PNSP since 2013 in health organizations, capable of impacting the implementation of safe practices, where it is noticeable that care is unsafe and errors in the workplace still occur.

Keywords: Program. Patient safety. Brazil. Work conditions. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Fonte de informações/ Base de dados utilizadas	39
Quadro 2 - Pesquisa dos descritores (DeCS) realizada no site da BVS	39
Quadro 3 - Estratégia de busca.....	40
Quadro 4 - Pesquisa dos artigos realizada nas fontes de informações e base de dados ...	40
Figura 1 - Esquema representativo da busca de artigos realizada, elaborado pela autora.	41
Figura 2 - Plano de análise de Contéudo Temática	45
Gráfico 1 - (N) de artigos incluídos selecionados para o estudo.....	45
Gráfico 2 - Distribuição de artigos por ano.	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos tipos de estudos, a partir dos textos selecionados para esta pesquisa. Salvador/BA, setembro, 2023.	46
Tabela 2 - Distribuição dos artigos revisados por periódicos no período de 2013 a 2022.	47
Tabela 3 - Distribuição dos artigos revisados por periódicos na fonte de informação do Portal de Periódicos CAPES no período de 2013 a 2022.	49
Tabela 4 - Distribuição dos artigos revisados por periódicos na base LILACS no período de 2013 a 2022.	50
Tabela 5 - Distribuição dos artigos revisados por periódicos no período de 2013 a 2022.	52
Tabela 6 - Distribuição dos artigos revisados por periódicos no período de 2013 a 2022.	53
Tabela 7 - Amostra das principais categorias encontradas no estudo, relacionadas ao programa nacional de segurança do paciente no Brasil, Salvador, 2023.	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

a.c - Antes de Cristo

AACN - Advanced Critical Care

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível

CIPNSP - Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente

CSP – Cultura de Segurança do Paciente

EA – Eventos Adversos

HM - Higienização das Mãos

HSOPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture

IOM - Institute Occupational Medicine

ISO - International Organization for Standardization

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

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MS - Ministério da Saúde

NBR - Normas Brasileiras Regulamentadoras

NQS - National Quality Forum

NSP - Núcleo de Segurança do Paciente

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PSP - Plano Segurança do Paciente

RDC - Resolução de Diretoria Colegiada

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 SEGURANÇA DO PACIENTE	22
2.1 NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	22
2.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	27
2.3 GESTÃO DE RISCOS.....	30
3 O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)	33
4 METODOLOGIA.....	37
4.1 MÉTODO.....	37
4.2 TIPO DE ESTUDO.....	37
4.2.1 Primeira Etapa.....	38
4.2.2 Segunda etapa	38
4.2.3 Terceira etapa	41
4.3.4 Quarta e quinta etapas.....	42
4.3.5 Sexta etapa	42
4.3 PLANO DE ANÁLISE	43
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	45
5.1 CATEGORIA 1 – METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	54
5.2 CATEGORIA 2 – EVENTOS ADVERSOS, INCIDENTES E ERROS.....	56
5.3 CATEGORIA 3 - AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA	61
5.4 CATEGORIA 4 - CULTURA DE SEGURANÇA	63
5.5 CATEGORIA 5 - CHECKLIST/ LISTA DE VERIFICAÇÃO	65
5.6 CATEGORIA 6 – PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS.....	67
5.7 CATEGORIA 7 – PROCESSOS FORMATIVOS.....	69
5.8 CATEGORIA 8 – PROGRAMAS INSTITUCIONAIS	71
5.9 CATEGORIA 9 - GESTÃO DE RISCOS/ GESTÃO DA SEGURANÇA	73
5.10 CATEGORIA 10– CONDIÇÕES DE TRABALHO.....	75
5.11 CATEGORIA 11 – TECNOLOGIAS	77
5.12 CATEGORIA 12 – DIREITO À SAÚDE.....	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS.	82

SUMÁRIO

APÊNDICE A – Instrumento de coleta: formulário de busca dos dados	91
APÊNDICE B - Descrição dos estudos sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil, identificados nos periódicos disponíveis nas fonte de informações e bases de dados, entre 2013 a 2022.....	95

1 INTRODUÇÃO

A busca pela assistência à saúde com segurança acontece desde os primeiros passos do desenvolvimento do que se entende hoje por conhecimentos relacionados à saúde e à medicina. O aprimoramento dos serviços em saúde é algo que vem sendo observado desde os tempos de Hipócrates (460 a 370 a.C) - considerado por muitos como o pai da Medicina, a partir da perspectiva eurocêntrica - quando se estabeleceu a premissa *Primum non nocere*, que traduzido ao português, significa dizer: “Primeiro não cause danos”, dando a apontar que o cuidado poderia ocasionar algum dano ao doente (Brasil, 2014).

No decorrer do tempo, outras personalidades importantes proporcionaram ações positivas que contribuíram para o aperfeiçoamento dos cuidados em saúde, tais como: Florence Nightingale, enfermeira britânica que promoveu mudanças na organização e na formação para os cuidados em saúde, a partir da sua participação na Guerra da Crimeia, em 1853, quando implantou técnicas voltadas a assepsia, decorrentes das suas observações registradas no diagrama da rosa¹, sobre a alta mortalidade dos soldados terem relação com a infecção hospitalar estabelecendo, a partir de então, uma assistência mais adequada, em busca de reconhecimento e o “título” de precursora da enfermagem moderna; Ignaz Semmelweis (1818 – 1865), médico húngaro precursor dos procedimentos antissépticos; Ernest Codman (1869-1940), médico-cirurgião que desenvolveu, protocolos e sistemas de avaliação e controle de prestação de serviços, visando aprimorar o atendimento ao cliente; Avedis Donabedian (1919-2000) é considerado uma autoridade em garantia da qualidade em saúde, tendo estabelecido diversos conceitos sobre os aspectos teóricos, práticos e a avaliação de qualidade; John E. Wennberg (nascido em 1934) é um pesquisador pioneiro em variação geográfica nos cuidados em saúde, combatendo o alto custo destes; Archibald Lemman Cochrane (1909-1988), cientista, médico e epidemiologista defensor do método científico para avaliar eficiência e a eficácia dos cuidados terapêuticos, entre outros (Caldas, 2017; Martins; Benito, 2016; Anderson, 2011; Brasil, 2014; Soares, 2017; Boechat; Gomes, 2020; Feldman, 2004; Mallet, 2005; Gale, 2016; Jorge, 2013)

Todavia, as preocupações relacionadas à segurança do paciente tomaram maiores destaques em 1999, quando o Instituto Americano de Medicina (IOM) publicou o relatório *To err is human: building a safer health system*, apresentando dados negativos referentes à saúde com estimativa de 44.000 a 98.000 mortes de americanos por ano em decorrência de

¹ O Diagrama da Rosa foi criado pela enfermeira Britânica Florence Nightingale, no ano de 1857. Esse diagrama foi chamado por esse nome devido ao seu formato circular. Ele surgiu com a intenção de visualizar e expor informações concernentes às mortes de soldados dentro do contexto da Guerra da Crimeia (CALIL, 2018).

eventos adversos (EAs) durante a assistência ao paciente (Institute of Medicine, 2000). Duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs), ou seja, dano decorrente da assistência à saúde e não da doença de base que resultou na permanência do paciente ou na incapacidade no momento da alta, fundamentaram a elaboração deste relatório, realizadas em hospitais de Nova Iorque, Uta e Colorado (Brasil, 2014).

A partir disso, estudos voltados aos resultados e desfechos em saúde² foram realizados com o intuito de se aprimorar a qualidade e a segurança da assistência dada ao paciente em diversos países, tais como: Austrália, Inglaterra, Canadá, Nova Zelândia, Dinamarca, França, Portugal, Turquia, Espanha, Suécia e Holanda (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014).

Com o intuito de implantar recomendações de estratégias que tornassem a assistência nos serviços de saúde mais segura, e em virtude da mortalidade decorrente de eventos adversos (EAs), em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que se caracteriza como um processo de gerenciamento de riscos ao longo do tempo, que busca potencializar medidas de segurança nos cuidados e reduzir danos ao paciente dentro das organizações de saúde (Lima Neto et al., 2021; Vicent; Amalbeti, 2016).

Diante da iniciativa da OMS, o Brasil assumiu, ainda que tardiamente, o compromisso em ampliar medidas que aumentassem a segurança dos pacientes (Lima Neto et al., 2021). De fato, um estudo realizado no Rio de Janeiro com 1.103 pacientes de três hospitais- escola apontou incidência de (7,6%) de EAs, sendo que (66,7%) destas ocorrências poderiam ter sido evitadas. A proporção de eventos adversos evitáveis neste estudo mostrou-se superior aos valores encontrados em outros países como Nova Zelândia (61,6%), Austrália (50%), Reino Unido (52%), Canadá (36,9%) e França (27,6%) (Mendes et al., 2009; Schioler et al., 2002; Michel et al., 2004; Wilson et al., 1995; Baker et al., 2004; Vincent; Neale; Woloshynowych, 2001).

Tais problemas decorrem da ausência de políticas governamentais que visem estimular os hospitais a promoverem a cultura pela segurança do paciente (Capucho; Cassiani, 2013); assim como o descontentamento dos profissionais de saúde com as condições laborais como: jornada de trabalho excessiva, trabalho sob pressão, falta de infraestrutura e recursos insuficientes para obtenção de materiais e insumos, medicamentos e equipamentos, quadro de funcionários incompletos para suprir a demanda e resposta

² São variáveis que são monitorizadas durante um estudo para documentação do impacto que uma determinada intervenção ou exposição tem na saúde de uma dada população (Ferreira; Patino, 2017).

punitiva aos erros cometidos (Andrade et al., 2018).

Contudo, apenas em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013 (Brasil, 2013a), inclusive muito tempo depois de ser signatário da Aliança Global de Segurança do Paciente da OMS e de outros países do Mercosul, como Uruguai e Argentina, por exemplo. A finalidade do programa foi de contribuir para a qualificação com segurança aos cuidados em saúde prestado aos pacientes, em estabelecimentos de âmbito público e privado em todo o Brasil, por meio do incentivo a formulação de ações que visem o aprimoramento da segurança do paciente, reduzindo ao patamar mínimo o risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado de saúde (Caldas, 2017).

O protocolo estabelecido seguiu os critérios mediante agenda política dos estados-membros da OMS e da resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde. Suas ações encontram-se organizadas em quatro eixos principais que se dedicam a: i) incentivar uma prática assistencial segura; ii) envolver o indivíduo na sua segurança; iii) a inserção do tema segurança do paciente no ensino superior, na educação continuada e permanente e iv) o desenvolvimento de pesquisa em segurança do paciente (Brasil, 2014).

O primeiro eixo, foco do presente estudo, diz respeito às ações que os estabelecimentos de saúde devem implantar em seus espaços, sendo regulamentado pela Resolução da ANVISA nº36, de 25 de julho de 2013, em que se destacam a: criação de núcleos de segurança do paciente; elaboração de planos locais de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde; implementação de protocolos e notificação de incidentes relacionados à segurança do paciente (Brasil, 2013 b).

O ambiente das organizações de saúde no país, sobretudo os hospitalares, é complexo, frágil e inseguro, decorrente de fatores externos, tais como: crise econômica e mão-de-obra precarizada, além de fatores internos, como a falta de recursos materiais e investimentos em tecnologia. Estes aspectos, portanto, tornam imprescindível a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NPS) para que se possa obter um processo de cuidados em saúde mais ético e seguro, aprimorando as condições dos cuidados prestado, visando reduzir as consequências das atividades que resultam nos eventos adversos (EAs), relacionados à assistência nas organizações de saúde (Peinado, 2019).

Em um estudo retrospectivo, baseado na análise documental de boletim de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde da ANVISA, publicados no período de 2015 a 2019, observou-se um aumento em cadastros de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) no Brasil, saltando de 784 NSP em 2014 para 4.049 em 2018, um crescimento de (416%) no

período. A região sudeste foi a que concentra o maior percentual de NSP (44%) (Andrade et al., 2020).

Apesar do aumento de implantação dos NSP, quando se compara o número de unidades hospitalares registradas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) com os NSP durante o período analisado, observa-se que menos da metade destas unidades hospitalares possuíam os núcleos. Este dado é preocupante do ponto de vista de como o país tem lidado com o tema da segurança do paciente no sistema de saúde (Andrade et al., 2020).

O conhecimento a respeito das ferramentas de gestão de risco, os protocolos de segurança e demais instrumentos acabam colaborando para promover a cultura da segurança do paciente (Sousa, 2019), que é definida como um agrupamento de valores, ações, aptidões e condutas que caracterizam o engajamento com o gerenciamento da saúde e da segurança, suprimindo a culpa e a penalidade pela chance de aprender com os erros e aprimorar a atenção à saúde (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2016).

Neste sentido, impõe-se conhecer e analisar as contribuições do PNSP como carreador do processo de implementação de ações voltadas a equacionar problemas de saúde voltados à segurança do paciente. Ato contínuo deve-se refletir e questionar sobre as normativas e os resultados que têm produzido nos serviços de saúde para que prevaleçam as transformações de novos posicionamentos voltados para a construção de condutas assertivas.

Deste modo, por todos os motivos aqui expostos, torna-se necessária a elucidação do seguinte questionamento: O que revelam as publicações científicas sobre a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil, durante o período de 2013 a 2022?

O objetivo geral do presente estudo é analisar na produção científica nacional os elementos que revelem os objetivos e estratégias de implementação do PNSP nas organizações de saúde.

Os Objetivos específicos:

- 1) Identificar e quantificar as publicações científicas que abordam os temas relacionados as ações implementadas a partir do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil.
- 2) Caracterizar nas publicações científicas encontradas em função do: ano, temática e resultados.
- 3) Identificar as lacunas de estudo com base nas pesquisas publicadas.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017) afirmam que de dez pacientes internados em hospitais, um é vítima de eventos adversos decorrentes de assistência hospitalar no processo do cuidar, o que pode promover uma série de consequências ao sistema

de saúde que vão desde problemas ao paciente que pode ser grave e lhe causar algum dano que venha resultar em sua incapacitação; aos profissionais de saúde que participam da assistência ocasionando desgastes no exercício laboral e às instituições de saúde, resultando em um maior custo em decorrência do internamento destes pacientes.

Notadamente, a partir desta presente perspectiva, ainda não há na literatura científica estudos acerca da temática em questão. Sobre isto, Caldas (2017) destaca que o Brasil apresenta pouco conhecimento sobre o processo de implementação e de intervenções, sendo incipientes os dados sobre os aspectos do contexto do cuidado de saúde hospitalar voltados para a segurança do paciente.

Partindo-se desta premissa, este estudo colabora para o conhecimento sobre o PNSP, apontando os caminhos do programa desde a sua implantação. Assim, torna-se indispensável o avanço em pesquisas sobre estes dados para que o presente programa no Brasil seja fortalecido, uma vez que para desenvolver estratégias relacionadas à segurança do paciente são necessários conhecimentos, organização para elaboração e cumprimento das normas no serviço de saúde, assim como a aplicação do programa, sendo tais prerrogativas os elementos indispensáveis que justificam a realização da presente pesquisa.

A realização desta pesquisa contribui para a síntese do estado da arte do conhecimento acerca deste contexto, além de mapear experiências, ações, identificar limites e possibilidades no desenvolvimento do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Assim como, sinalizar possíveis lacunas a serem preenchidas através da verificação de novos estudos, para o avanço da melhoria no processo de cuidados, a partir disso, permitir a produção de uma síntese de múltiplos estudos capazes de viabilizar conclusões.

2 SEGURANÇA DO PACIENTE

2.1 NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A temática “Segurança do Paciente” vem sendo desenvolvida de modo sistemático pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) desde sua gênese, contribuindo com o objetivo da vigilância sanitária, que é a proteção da saúde da população e interferir nos riscos oriundos da utilização de produtos e dos serviços dela dependentes, através de práticas de vigilância, regulação, controle, e monitoramento sobre os serviços de saúde e o emprego das tecnologias à disposição para a realização do cuidado (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2016).

Na atenção à saúde, a segurança é um princípio fundamental e um requisito para que haja a qualidade do cuidado. A segurança do paciente é conceituada como a diminuição do risco de danos dispensáveis relacionados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável. O cuidado seguro é resultante das ações adequadas dos profissionais de saúde, bem como, de processos e sistemas corretos nas instituições e serviços, como também de políticas governamentais regulatórias, demandando um empenho coordenado e permanente. A preocupação com a segurança já se apresenta implícita no modelo brasileiro de atenção à saúde, que é alicerçado na defesa da vida (Redante; Forte, 2019).

Entretanto, as autoras supracitadas sugerem que a grande variedade e os distintos níveis de complexidade das ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde mostram particularidades e necessidades peculiares quanto à segurança do paciente. Salientando que as unidades hospitalares continuam sendo o cerne das atenções de profissionais e instituições de saúde, órgãos governamentais e estudiosos. A atenção primária, por outro lado, possui características relacionadas à segurança do cuidado que devem ser identificadas e corretamente abordadas. Somente assim, será possível o melhoramento de suas estruturas, modelos e métodos e oferta de cuidados mais seguros.

A segurança do paciente sempre traspassou leis sanitárias no Brasil, porém, apenas no ano de 2013, foi lançado um programa oficial acerca dessa temática. A Portaria do Ministério da Saúde nº 529, de 01 de abril de 2013, estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e criou o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). No mesmo viés, a RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013, criou ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e deu outras providências, tais como, a obrigatoriedade de todo serviço de saúde ter seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) (Brasil, 2013).

Contudo, mundialmente, a Segurança do Paciente vem sendo discutida bem antes. No

ano de 2004 foi aprovada na 57ª Assembleia Mundial de Saúde, ocasião em que foi estabelecida a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente visando o despertar da consciência profissional e o comprometimento político das esferas governamentais para maior segurança na assistência à saúde, como também, prestar apoio aos Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e para instigar a promoção de boas práticas assistenciais (Organização Mundial de Saúde, 2004).

No Brasil, o PNPS visa à redução da incidência de eventos adversos nos serviços de saúde em todoo território nacional. Entre as implicações desses eventos, destacam-se a elevação do tempo deinternação do paciente na instituição hospitalar (tempo permanência)e o impacto nos desfechos tanto para os indivíduos quanto para os sistemas de saúde, além dos erros (Santos et al., 2018).

O erro é considerado como uma ação não intencional e própria da condição humana. Pode ser resultado das circunstâncias em que os atos planejados não alcançam o resultado esperado. Os erros podem ser classificados como: lapsos, deslizos e equívocos, erros de execução e de planejamento, erro no nível das regras, da habilidade, bem como, no nível do conhecimento (Reason, 2009).

O erro humano consiste em uma falha humana ou uma decisão que minimiza, ou tem a potencialidade de diminuir a segurança, a eficiência ou outras extensões do desempenho de um sistema. O erro possui diversas nomenclaturas e definições, entretanto, na área de saúde, em outubro de 2004 a (OMS) lançou a *World Alliance for Patient Safety*, um projeto para desenvolvimento de uma classificação internacional para a segurança do paciente em queforam estabelecidos sete tipos de erro. Iniciativas de prevenção do erro abraçadas pela OMS e a companhadas pornações como os Estados Unidos, o ReinoUnido e o Brasil, foram estimuladas pelo número de erros que dia após acontecem nos sistemas de saúde (Ferraz, 2015).

Esses erros possuem implicações associadas a sequelas nos pacientes, custos ou até mesmo com óbitos. No período de 2000 a 2014 o Superior Tribunal de Justiça (STJ) fez um registro acerca da elevação do número de processos por erro médico, em torno de 1.600%, a morte foi o dano mais reclamado, aproximadamente 28,16% (Ferraz, 2015).

A ocorrência de erros na assistência prestada pela enfermagem é comum nos serviços de saúde, principalmente, no que diz respeito aos erros na administração medicamentosa, chegando a alguns casos, a 70% dos eventos de erros registrados. Alguns fatores estão associados a esses eventos no trabalho de enfermagem, a saber: intensa jornada laboral, condições de trabalho e emprego e sobrecarga de trabalho (Santos et al., 2018).

Esses problemas estão inseridos no centro das instituições de saúde e constituem as condições latentes, que são decisões tomadas por legisladores e dirigentes e que têm a potencialidade de colocar armadilhas no sistema ou no ambiente laboral. O erro é oriundo da ligação entre condições latentes e falhas ativas, que são os atos inseguros praticados por indivíduos que estão em contato direto com o paciente. Deste modo, o erro, no atual panorama do trabalho, também é determinado pela precarização do trabalho em enfermagem. Então, diante dessa premissa, o erro deve ser compreendido como evidência de problemas mais intensos dentro de um sistema complexo. Caso contrário, o caminho mais rápido para impedir o erro é condenando quem erra e não as razões que determinam a produção do evento (Lapa, 2017).

Não obstante, os enfermeiros e enfermeiras serem a maioria dos profissionais no campo da saúde, essa profissão e suas categorias, é desvalorizada historicamente, marcada pela divisão social do trabalho, de gênero, de classe e de raça. Eles representam os recursos humanos que estão envolvidos de forma direta em ações com os usuários dos sistemas de saúde, prestando serviços à gestão clínica e assistencial, independente do tipo de vínculo ou contrato, tanto no setor público quanto no setor privado. Atuam também em nível da gestão ou da assistência direta ao indivíduo adoentado ou àqueles atendidos em programas de promoção da saúde, podendo trabalhar também nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na gerência e na produção de tecnologia (Jesus, 2019).

Ainda de acordo com o autor supracitado, a globalização e a flexibilização das relações de trabalho foram responsáveis pelo aparecimento de processos destrutivos no ambiente laboral, submetendo o enfermeiro à longa jornada de trabalho, a tarefas polivalentes, a ausência de segurança, gerando a insatisfação desse profissional, comprometendo, de forma peculiar, não somente a sua vida social, mas também, o seu cotidiano laboral (Jesus, 2019).

Ressalta-se também que jornadas laborais longas e desgastantes apresentam implicações sobre a saúde dos trabalhadores, podendo levar ao adoecimento, a acidentes no ambiente de trabalho e a erros. Westley et al (2020) apresentaram, em uma pesquisa acerca de erro na administração de medicamentos, que enfermeiras que trabalham com carga horária extensa possui risco consideravelmente maior de cometer erros quando comparadas com as que não trabalham com longas jornadas.

Levando em consideração que as profissionais de enfermagem que são submetidas a jornadas de trabalho muito extensa estão vulneráveis ao cansaço, condições de estresse, desgaste físico e mental sem probabilidade de restabelecimento, o que resulta em maior predisposição às distrações e aos lapsos durante a realização do seu trabalho, podendo

incidirem erros na assistência à saúde, o que origina sérios impactos para todos os indivíduos envolvidos (Westley et al., 2020).

É válido salientar que para os trabalhadores da saúde, o erro é comumente associado a sentimentos de culpa e vergonha devido à abordagem punitiva adotada pelas instituições de saúde (Gama et al., 2022). Esse posicionamento tem produzido omissões, que implica em perda da chance de conhecer e tratar de forma adequada esses eventos.

Assim sendo, nos aproximamos de uma problemática comum acerca do tipo de abordagem de erro, que pode ser de forma individual ou sistêmica. Em regra, os serviços de saúde e o Estado abraçam a abordagem individual, aonde os trabalhos de saúde são responsabilizados por esses eventos, alimentando a cultura da penalidade e do medo (Gama et al., 2022). Por outro lado, a abordagem sistêmica leva em conta que o erro advém de falhas em mecanismos criados como defesas dentro de um sistema. Nessa abordagem, o pensamento central não é saber quem provocou o erro, e sim entender como e porque as defesas fracassaram. O erro é percebido como uma falha estrutural e avaliado como parcela de um processo que abrange falhas ativas e condições latentes (Redante; Forte, 2019).

Diante disso, observa-se a importância da Segurança do Paciente para reduzir e mitigar ações não seguras na assistência à saúde, bem como, para o emprego de práticas mais adequadas que levam a resultados excelentes para o paciente. Para que a Segurança do Paciente reduza os eventos indesejáveis oriundos da assistência ao paciente a equipe deve dispor de medidas que restrinjam o dano e minimize a chance de repetição do fenômeno (Redante; Forte, 2019).

Para promoção e apoio a implementação de ações voltadas à segurança do paciente foram criados os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). O NSP foi criado a partir da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que estabelece ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. O desenvolvimento das ações e das estratégias estabelecidas no Plano de Segurança do Paciente (PSP) compete ao NSP, órgão que cumpre papel essencial em todo processo de implantação do PSP (Almeida, 2020).

O NSP vem se constituindo como um elemento na busca pela qualidade das atividades realizadas nas instituições de saúde. A RDC define o Núcleo como sendo instância do serviço de saúde que promove e apóia a implementação de ações voltadas à segurança do paciente (Brasil, 2013).

Destaca-se que a implementação dos NSP nas instituições de saúde é compulsória, isto é, sua não estruturação está relacionada a infração sanitária nos termos da Lei n. 6.437,

de 20 de agosto de 1977, cuja penalização varia entre advertência a multa que podendo chegar a até R\$1,5 milhão (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2016).

O NSP deve ter equipe formadas por ao menos um médico, um enfermeiro e um farmacêutico, contando ainda com cooperadores de outras áreas. Seus membros devem ser capacitados na melhoria da qualidade e da segurança do paciente, como também, ter acesso aos instrumentos de gerenciamento de risco nos serviços de saúde. Os membros devem ter perfil de liderança e precisam ter conhecimento dos processos de trabalho da instituição.

O PSP é responsável por constituir quais as prioridades na implementação de boas práticas de diminuição de acidentes, apresentar as situações de risco, fazer a avaliação da cultura de segurança, e buscar a prevenção e redução de incidentes, entre outras ações (Redante; Forte, 2019).

Esse plano objetiva também à melhoria contínua do cuidado através da implantação de novas tecnologias para a gestão do risco, com embasamento em processos investigativos de possíveis acidentes. Compete ainda ao NSP operar como articulador e estimular os outros setores das instituições de saúde a gerirem seus riscos e promoverem ações de melhoria da qualidade do atendimento (Almeida, 2020).

À direção do serviço de saúde cabe ofertar todas as ferramentas essenciais para o adequado funcionamento dos serviços e funções do NSP, de acordo com o que estabelece a RDC. As ferramentas são: recursos financeiros e humanos, insumos e equipamentos (sistema de código de barras, oxímetros, pulseira de identificação, sistema de dose única e outros) (Almeida, 2020).

O NSP ainda tem o papel de implementação de métodos de comunicação entre seus membros e de divulgação do Plano de Saúde do Paciente, estabelecendo mecanismos como boletins informativos, comunicação verbal, lembretes, cartazes e utilização de ferramentas digitais. Nos informativos devem ser veiculadas quais atividades serão realizadas, informações técnicas relacionadas, orientações, protocolos, entre outras (Almeida, 2020).

Nas instituições hospitalares, instituir um NSP e implementar ações para assegurar a segurança dos pacientes é bastante complexo. Restrição de recursos financeiros, uma cultura de segurança do paciente frágil, culpabilização dos profissionais perante o erro e outros eventos adversos, além do desconhecimento no que diz respeito à implantação dessas ações são alguns dos aspectos que têm influência no sucesso e desenvolvimento dos NSP no estado brasileiro (Sousa, 2019).

É fundamental que haja o entendimento por parte dos gestores de que os problemas de segurança são sistêmicos, ou seja, afetam globalmente, o todo, por isso, a participação dos

gestores nos debates dos incidentes e eventos adversos, devem ser priorizadas, como também em investimentos para melhorias assistenciais (Prates et al.,2019).

É importante salientar que muitas instituições de saúde, visando o cumprimento da legislação, criam o NSP, porém indicam um membro coordenador sem perfil e atributos profissionais adequados para o cumprimento de suas funções, ou seja, para efetuar as ações do PSP. Por conseguinte, essa nomeação equivocada possui impacto direto no resultado esperado, visto que, dificilmente o objetivo será alcançado ou será concretizado apenas em longo prazo, dependendo do comprometimento e engajamento do profissional. Em outras situações, não levam em conta a ação como cerne do planejamento estratégicoorganizacional, o que origina a ausência de uma cultura de segurança do paciente (Beviláqua,2019).

Um dos desafios atualmente é ofertar assistência segura, tendo em vista que as chances de erro são bastante consideráveis e ainda há um extenso caminho a ser percorrido no que se refere à implementação de ações e políticas que sejam plenamente seguidas e exercitadas por todos os profissionais da área de saúde. E a única direção, para transpor esse desafio, é propiciar às equipes acesso total à capacitação específica em segurança do paciente (Tavares, 2022).

2.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) pode ser compreendida como um conjunto de preceitos, ações, aptidões e modelos comportamentais que demonstram o comprometimento, o modo e a capacidade da gestão de uma organização salubre e segura (et al., 2010). Quando assertiva, beneficia o aperfeiçoamento de práticas seguras, prevenindo a ocorrência de EAs (Lee et al., 2019).

A cultura de segurança foi inserida na literatura em1986, em um congresso da *International Atomic Energy Agency*, ocorrido na França, em decorrência do acidente nuclear de Chernobyl, passando a ser fortemente utilizado para regulamentar e verificar aspectos organizacionais, sendo adotado também na área de saúde, observando-se o fortalecimento e a visão global da segurança organizacional (Cruz et al., 2018; Sousa, 2019).

Segundo o artigo4º, inciso V da Portaria MS/GMNº529/2013, a cultura de segurança do paciente é constituída quando observados cinco aspectos executados pela gestão da organização, são eles: a cultura em que todos os trabalhadores de saúde, entre eles os que participam do cuidado e os gestores, incubem-se de responsabilidade pela segurança própria, dos colegas, dos pacientes e familiares, colocando-a afrente de aspectos financeiros e

operacionais; a cultura que estimula e compensa a identificação, a comunicação e a solução dos problemas referentes à segurança; a cultura que ao ocorrer incidentes oportuniza o aprendizado organizacional e viabiliza meios, organização e compromisso para o aperfeiçoamento concreto da segurança (Brasil, 2013 a).

A CSP é um dos pilares da cultura organizacional, que tem como finalidade promover medidas assertivas e atitudes mais apropriadas, com ações e diretrizes essenciais para o estabelecimento de um ambiente seguro, visando evitar e reduzir EAs e aprimorar os cuidados relacionados à saúde (Khoshakhlagh et al., 2019; Silva; Rosa, 2016).

A CSP entende que a assistência à saúde é uma iniciativa hermética e de risco elevado que demove de culpar o profissional na ocorrência de um dano. Procura determinar os fatores que desencadearam os erros e os danos, incentivando os profissionais a comunicarem estes por meio de relatórios que são utilizados para promover mudanças organizacionais; afim de evitar que novos erros venham ocorrer; buscando também em todos os níveis da organização, incentivar seus profissionais a trabalharem em conjunto no aprimoramento da segurança; pois, entende-se que erros são passíveis de serem cometidos por qualquer pessoa, de modo que é mais importante priorizar a criação de sistemas mais seguros que previnam a ocorrência de EAs em vez de apontar culpados (Basson et al., 2018).

Assim, os componentes basilares de uma CSP são: uma liderança eficiente, trabalho em conjunto, aprendizagem a partir dos erros e a construção de um ambiente pautado na confiança (Sousa, 2019).

Todavia, é importante considerar que estudos realizados sobre a cultura da segurança têm demonstrado, de modo irrefutável, que ações e normas associadas à segurança encontram-se distantes do almejado em várias unidades hospitalares e demais instituições de saúde, sendo observadas a ocorrência de uma cultura de intensa culpabilização, cobrança sobre o desempenho em desfavor da segurança, ausência de transparência para com os pacientes, com níveis de supervisão e trabalho em equipe diversos (Vincent; Amalbert, 2016).

Tal situação pode ser observada no estudo descritivo exploratório realizado com 25 enfermeiros de uma unidade de transplante renal de um hospital público em São Luis–Maranhão, em que se buscou verificar a CSP sob a ótica da enfermagem, evidenciando-se a existência de uma cultura punitiva e de culpa, com sobrecarga de trabalho e subnotificação de EAs que se impõem como desafios impactantes para um cuidado seguro, sendo o trabalho em equipe nesta instituição a única área de força para a segurança do paciente (Câmara, 2016).

Em um estudo do estado da arte da literatura científica brasileira relacionada à CSP,

Silva et al., (2017) identificaram somente nove trabalhos publicados que, de um modo geral, tratavam de pontos fracos relacionados aos valores, atitudes, competências e comportamentos que são essenciais para o estabelecimento da cultura de segurança nas unidades de saúde; detal modo que ficou evidente a necessidade de se realizar mais estudos sobre o tema, buscando-se estender a todos os setores ou unidades das instituições da saúde, já que um quantitativo desses estudos se destinava a avaliar apenas uma parte do quadro de funcionários (Costa,2014; Santiago; Turrini, 2015; Silva-Batalha; Melleiro, 2015; Câmara, 2016).

A pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, realizada por Cruz et al., (2018) em um hospital de ensino do Estado do Paraná, com 646 profissionais da saúde, entre os anos de 2014 e 2015, demonstrou que a CSP nesta organização hospitalar apresenta pontos de fragilidades importantes relacionadas à: comunicação, trabalho em equipe, adequação dos profissionais, apoio à gestão, baixa notificação de EAs e percepção do risco de punição frente ao erro. Ao mesmo tempo, estes profissionais consideraram a CSP neste hospital como muito boa, evidenciando-se assim um paradoxo.

A cultura de segurança constitui-se de ideias com perspectivas variadas e se põe em evidência quando representa o engajamento dos seus profissionais com o desenvolvimento incessante de um local terapêutico seguro. Esse engajamento motiva atitudes que repercutem em uma maior segurança para os pacientes, profissionais e para a própria organização (Teigné et al., 2019).

Logo, quando se verifica os aspectos positivos e os pontos frágeis relacionados à CSP na instituição de saúde, cria-se oportunidade de se traçar estratégias para efetivar métodos de assistências mais eficazes e seguros. Para que ocorra a consolidação da CSP é imprescindível que, como primeiro passo, os profissionais envolvidos compreendam o erro e as suas consequências, comprometendo-se com a ética para se alcançar o aprimoramento da assistência, excluindo-se em definitivo a insegurança neste processo (Gama; Oliveira; Hernández, 2013). Pois, uma CSP bem veiculada diminui os erros e, conseqüentemente, reduz a possibilidade de que sejam utilizadas as medidas corretivas (Okuyama et al., 2018).

Neste sentido, a CSP precisa ser internalizada por todos os envolvidos no processo do cuidado, com destaque para a alta gestão, para que se efetive um ambiente seguro a todos, os pacientes, os profissionais e a instituição, criando-se, efetivamente, uma cultura de segurança positiva que precisa estar em constante aprimoramento e observação para possíveis mudanças, visando sempre à perpetuação da segurança.

2.3 GESTÃO DE RISCOS

Atualmente, a assistência à saúde ultrapassa não somente os aspectos técnico-científicos, vai muito além, tendo em vista que alcança também um conjunto de dimensões que evidenciam a cultura organizacional dos serviços de saúde, sobretudo, em organização hospitalar. O hospital é considerado, entre as organizações existentes, uma das mais complexas, cujo funcionamento se dá por meio da interação entre os setores envolvidos e a necessidade de harmonizar os processos operacionais, em outras palavras, desenvolver ações que promovam, com responsabilidade, qualidade e segurança no atendimento ao paciente que procurou o serviço em busca de bem-estar e saúde (Brandão; Brito; Barros, 2018).

A segurança do paciente, como já citado anteriormente, pode ser entendida como a diminuição, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário em conjunto ao cuidado de saúde. A ocorrência de incidentes referentes à assistência à saúde, especialmente, os eventos adversos, alcançam aproximadamente 4% a 16% de pacientes internados em instituições hospitalares em países de primeiro mundo, o que exigiu que os sistemas de saúde em nível global melhorassem a segurança do paciente (Brasil, 2017).

Tendo em vista que, é direito de toda e qualquer pessoa, receber uma assistência à saúde de forma segura e sem danos, em todos os seus processos é obrigação de todo serviço de saúde. Os riscos próprios à assistência possuem um relevante impacto no sistema de saúde, por isso, que é fundamental que haja a gestão de riscos (Brandão; Brito; Barros, 2018).

A gestão de riscos é um elemento essencial no processo de trabalho para a segurança nos cuidados em saúde. Pois, além de propiciar eficiência no gerenciamento que é o fundamento principal para a administração nos cuidados, é o conjunto de ações organizacionais que visa a melhoria contínua da segurança de um ambiente (Zambon, 2018). O controle de riscos afeta a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (Brasil, 2013, Milagres, 2015, p. 30).

Assim, identificar riscos é de extrema importância para prevenir eventos adversos nos serviços hospitalares. Por isso, é considerada como uma prática imprescindível para a garantia da assistência prestada com segurança e assim evitar que o paciente desenvolva ou sofra algum agravo durante o período intra-hospitalar (Silva et al., 2016).

A gestão de risco surgiu na década de 1950 nos Estados Unidos devido ao aumento crescente no índice e complexidade dos riscos aos quais as organizações estavam expostas. Porém, na esfera da saúde, sua implementação só se deu há três décadas aproximadamente, bem como, nos Estados Unidos, por conta do aumento do grau de complexidade das unidades hospitalares e empresas de saúde, tais como: consultórios, bancos de sangue, laboratórios, com

objetivos comuns, que é a proteção das instituições de saúde contra pejuízos (Vieira, 2019).

No Brasil, a ação de gestão de riscos foi constituída no ano de 2001, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, instigando essas instituições a realizar a notificação dos eventos adversos referente aos serviços de saúde e promovendo a autoidentificação de riscos hospitalares, a avaliação do que causou a ocorrência e as providências tomadas para corrigir as falhas nos processos. Nesse período, foi estabelecido um novo programa de excelência na prática dos profissionais de saúde e, desde essa época, com a introdução de novas tecnologias neste campo, as instituições de saúde vêm materializando as práticas de gestão de risco visando maior segurança às ações realizadas (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014).

Em 2009, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) estabeleceu a Norma Brasileira de Regulamentação (NBR) ISO 31000, que fornece princípios e diretrizes para a gestão de riscos e cuja aplicação é feita em qualquer organização privada, pública ou comunitária, grupo, associação ou indivíduo. A ISO 31000 foi atualizada recentemente pela *International Organization for Standardization* (31000:2018).

Essa norma pode ser empregada em qualquer espécie de risco, independente da sua natureza, quer tenha implicações positivas ou negativas. Abrange a aplicação sistemática de procedimentos, políticas e práticas de gestão para as atividades de consulta, de comunicação, estabelecimento do contexto, análise, na identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e análise crítica dos riscos (Vieira, 2019).

Para que seja feito um trabalho adequado de gestão de riscos, a instituição de saúde deve buscar por dados acerca de falhas em processos, erros, incidentes e eventos adversos. Assim, observa-se que os processos precisam ser estruturados em uma matriz de gravidade e frequência, para que sejam selecionados os problemas que realmente precisam ser priorizados dentro da instituição (Silva et al., 2016).

O principal objetivo de implantar uma política de gerenciamento de risco nos serviços de saúde é fazer o monitoramento da segurança do trabalho que está sendo realizada, definindo como parâmetro a possibilidade ou ocorrência de situações adversas, que são diversas e maléficas, a exemplo de falha na administração, erro na dosagem e aplicação de medicamentos, acidentes de trabalho, quedas, infecção hospitalar, prescrição equivocada, diagnóstico errado, dentre vários outros (Vieira, 2019).

É importante lembrar que na gestão de riscos uma administração eficiente tem que ser um pré-requisito basilar e esse gerenciamento deve ser feito de cima para baixo. É fundamental que a alta gestão credite na importância desse processo, tendo comprometimento e fazendo a

replicação dessa cultura na organização em toda sua totalidade. Sendo necessário que haja o envolvimento de todos para que os procedimentos, processos e ações sejam seguidos à risca. É fundamental que as situações jurídicas concernentes ao gerenciamento de riscos na área da saúde sejam observadas, compreendendo melhor o fenômeno da judicialização da saúde e lidar com o mesmo de modo preventivo e proativo (Nabuco, 2020).

O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)

O Programa Nacional de Segurança do Paciente, no âmbito do Ministério da Saúde, é considerado um instrumento organizacional de ação do governo, voltado a equacionar problemas e pôr em prática metas almeçadas a partir das análises de indicadores, articulando um conjunto de ações, orçamentárias ou não, aptas a resolver problemas, superando-os ou evitando as causas identificadas, aproveitando as oportunidades existentes (Brasil, 2006).

O PNSP foi instituído no Brasil em 1º de abril de 2013, através da portaria nº529, que tem como objetivo aprimorar o cuidado em todas as unidades de saúde brasileiras, buscando apoiar e incentivar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente (Brasil, 2013a).

A iniciativa brasileira se deu em decorrência de movimentações internacionais, liderada, especialmente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que desenvolveu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004, com a finalidade de aprimorar a segurança do paciente visando a redução de eventos adversos por meio de um documento consensual intitulado de “Práticas seguras para um melhor cuidado em saúde” (Lima Neto et al., 2021).

Tais ações decorreram também das ações judiciais oriundas do número elevado de incidentes e eventos adversos que comprometem os pacientes nas instituições de saúde, fomentando apurações jurídicas e análises científicas, assim como a realização de procedimentos que visem reduzi-las (Agodi et al., 2018; Maia et al., 2018). Assim, a Portaria MS/GMNº529/2013 estabelece em seus artigos 2º e 3º os objetivos gerais e específicos do PNSP como sendo:

Art.2º O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Art.3º Constituem-se objetivos específicos do PNSP:

I - Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, Por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e V-fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL,2013a).

A referida portaria determina em seu escopo que sejam elaboradas e implementadas estratégias como protocolos e guias que se destinem a promover a segurança do paciente. Além disso, visando enfatizar os objetivos do presente programa, a ANVISA lançou a RDC nº36 de 25 de julho de 2013, que buscou assegurar, por meio da criação de núcleos de

segurança do paciente, o monitoramento e notificação mensal de EA, assim como uma série de ações que promovam o cuidado seguro como: identificação assertiva do paciente; comunicação entre os profissionais de saúde de forma efetiva; segurança na prescrição, uso e administração da medicação; segurança na cirurgia; prevenção de infecção por meio da higienização das mãos e prevenção de lesões por pressão e quedas (Brasil, 2013b).

O PNSP prevê quatro eixos que dizem respeito a: “estímulo a prática assistencial segura”; “envolvimento do cidadão na sua segurança”; “inclusão do tema segurança do paciente no ensino”; e “incremento de pesquisa em segurança do paciente”. Assim, o presente programa almeja, por meio dos seus eixos, contemplar a cultura de segurança do paciente preconizada pela OMS, por meio do *National Quality Forum* (NQF), como ação prioritária para promover a segurança (Brasil, 2014).

Não obstante, o que se verifica é a existência de entraves organizacionais e individuais que torna difícil a concretização das ações destinadas a promover a segurança do paciente, favorecendo a ocorrência de falhas não intencionais durante a assistência, tais como: dimensionamento inadequada dos profissionais, sobrecarga de trabalho, formação deficiente, estresse e cultura organizacional resistente às mudanças (Reis et al., 2017).

Diante da atualidade no mundo do trabalho como é enfrentado, cujas relações detrabalho estão cada vez mais se precarizando em todo o mundo e que esse assunto impacta diretamente na assistência à população (Leal; Melo, 2016). Esses obstáculos resultam na ocorrência de eventos adversos que decorrem da ineficiência da comunicação, baixa adesão à identificação do paciente, falta de cumprimento dos protocolos de prevenção, erros na administração de medicamentos, etc (Duarte, 2015).

Nesta linha de entendimento, estudos realizados no Brasil indicam que a subnotificação de incidentes e EAs é elevada e resulta de diversos fatores vivenciados pelos trabalhadores como: medo por parte dos profissionais em notificar, falta de tempo, de conhecimento sobre o que notificar, dificuldade de acesso e qualificação dos dados notificados (Costa et al., 2016; Andrade et al., 2020).

A ideia que se tem hoje sobre a segurança do paciente indica que os principais elementos desencadeadores dos EAs são as falhas de um sistema de prestação de cuidados no que diz respeito a sua percepção, estruturação e desenvolvimento (Gama; Oliveira; Hernández, 2013). Contudo, o que se observa nas instituições de saúde, ainda hoje, é a culpabilização dos trabalhadores pela ocorrência dos EAs, fomentando a cultura punitiva, com responsabilidade individualizada em detrimento da cultura de segurança do paciente e

da relevância de se aprender com os erros (Costa et al., 2016).

Um estudo realizado sobre a evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do PNSP, enfatiza que tanto o programa, como a RDC 36/2013 publicada pela ANVISA, buscam aprimorar a cultura de segurança do paciente; mas atribuem esta função aos serviços de saúde que enfrentam dificuldades em realizar as notificações de EAs, aos trabalhadores que enfrentam desafios diante das condições precárias de trabalho, especialmente, no que se refere a aprender com os erros, o que se apresenta como um desafio ao programa (Andrade, 2016).

As iniciativas voltadas para promoção da segurança nos cuidados durante a assistência são consideradas crescentes nas instituições de saúde brasileira (Sousa, 2019). Entretanto, vale salientar que o Brasil ainda não possui uma Política Nacional de Segurança em Saúde definida regularmente e institucionalizada. (Mendes, et al., 2016).

Embora tenham ocorrido alguns avanços em relação à segurança do paciente, dados demonstram que o PNSP precisa se tornar uma prioridade e ser fortalecido, como preconizou a OMS em 2019; de modo que se faz necessário fortalecer o debate sobre as estratégias voltadas a diminuir a subnotificação e aprimorar os dados coletados, já que se verifica, por parte dos profissionais de saúde, um receio em notificar os problemas observados, limitando assim a análise e a evolução do programa. Neste contexto, é importante rever e atualizar o PNSP, alterar o modelo de remuneração em saúde (relacionado a salários e procedimentos), debater a aplicação dos recursos financeiros destinados à execução do programa de modo contínuo, visando promover a proteção da saúde dos brasileiros (Andrade et al., 2020).

Para o Ministério da Saúde, o PNSP não pode configurar como única ação com potencial para reverter os problemas relacionados à segurança do paciente. Pelo contrário, as estratégias do programa devem se unir as ações de políticas de saúde que busquem desenvolver “linhas de cuidado em redes de atenção; ações organizadas conforme contratos por região; reorientação do sistema, a partir da atenção básica; ações reguladas e melhoria do financiamento da saúde” (Brasil, 2014, p.14).

Para o Ministério da Saúde ainda que o programa enfrente limitações, ao mesmo tempo, ele possui a vantagem de ter uma atribuição de impulsionar as políticas de saúde existentes, em função do seu potencial de permitir o protagonismo dos profissionais de saúde, dos gestores e equipes envolvidas no processo de promoção do cuidado (Brasil, 2014).

Contudo, faz-se necessário ressaltar que apesar de se acreditar que o PNSP é capaz de colaborar com a institucionalização das práticas seguras nos serviços de saúde brasileiro, este

processo se dá de forma fracionada e não sequencial (Vicente, 2014).

Por não ser uma política nacional, mas um programa, que não têm recursos definidos como nas políticas também não há diretrizes específicas que estabeleçam realmente o que deve ser feito. O Programa e a Resolução RDC/ANVISA deixam a cargo dos gestores a implantação da cultura de segurança do paciente, essa colocada pela OMS como condição para se garantir segurança e, quando não é efetivamente institucionalizada, dá brechas para que o programa não se concretize em sua totalidade, havendo lacunas que precisam ser superadas. Portanto, é necessário, promover maiores reflexões sobre os avanços e retrocessos decorrentes do programa de segurança do paciente para, a partir disso, melhor direcionar ações realizadas, estabelecendo diretrizes que fomentem estratégias eficazes para superar em definitivo os problemas persistentes.

Uma assistência segura é um dever de todos os envolvidos no processo e ela só pode ser estabelecida se a cultura de segurança do paciente for de fato uma realidade nas instituições de saúde, desde a gestão até a ponta, onde a assistência é prestada (Cruz et al.,2018).

Logo, se a cultura de segurança do paciente não for efetivamente adotada e desenvolvida por todas as instituições de saúde, como apontam os estudos de Andrade (2016), Costa et al., (2016), Reis et al., (2017), Cruz et al., (2018) e Sousa (2019), as estratégias estabelecidas pelo programa se tornam infrutíferas e, conseqüentemente, os problemas referentes à falta de segurança do paciente continuará com números elevados, comprometendo o desempenho do nosso sistema de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 MÉTODO

A presente pesquisa consiste em uma revisão integrativa da literatura, um método que agrupa, avalia e sintetiza resultados, sejam eles experimentais ou não a partir de uma temática de interesse. Desse modo, o estudo torna-se mais amplo, além de promover um entendimento mais completo do fenômeno analisado. A revisão integrativa possibilita levantar as melhores evidências para embasamento de propostas de intervenção tendo como base as Práticas Baseadas em Evidências.

De acordo com Beyea e Nicoll (1998 apud Ramos, 2017), quando realizada corretamente, a revisão integrativa se assimila aos estudos primários em perceptibilidade, replicação e padrões de rigor. Os estudos primários se igualam às investigações originais, que se fundamentam em estudos de casos, relatos de casos, ensaio clínico controlado randomizado e estudo de coorte (Greenhalgh, 1997; Campana, 1999; Ramos, 2017).

4.2 TIPO DE ESTUDO

Para o alcance do objetivo de analisar na produção científica nacional os elementos que revelem os objetivos e estratégias de implementação do PNSP nas organizações de saúde. Foi utilizado o método de Revisão Integrativa, como já mencionado anteriormente. Este tipo de pesquisa sumariza estudos e produz conclusões gerais a partir da literatura sobre a temática estudada (Ganong, 1987; Cooper, 1998; Beyea; Nicoll, 1998).

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa é um tipo de pesquisa que tem um vasto número de procedimentos metodológicos que promovem o emprego de estudos experimentais ou não que permitem que o investigador tenha uma maior compreensão do objeto a ser estudado, a partir da obtenção, organização e análise de dados da literatura teórica e empírica, bem como de conceitos, definições, revisão e/ou análise de teorias, evidências e problemas.

Deste modo, Souza, Silva e Carvalho (2010) reafirmam que o objeto de pesquisa visa oferecer instrumentos que propiciam reflexões para a construção de revisões integrativas na esfera da enfermagem, abordando conceitos e definições concernentes aos passos específicos para a elaboração da revisão integrativa.

Os métodos de revisões integrativas vêm sendo muito empregados desde a os anos de 1970, visando a sintetização de resultados de estudos primários e para ampliar a generalização de dados sobre um determinado fenômeno (Whittemore; Knafl, 2005; Jackson, 1980).

Fazendo uso de métodos e padrões para estudos primários, Jackson (1980) sugeriu

técnicas e procedimentos para a construção de uma revisão integrativa constituída por seis etapas. Esses procedimentos já foram avaliados em estudos internacionais e no Brasil de forma mais habitual desde os anos de 1980 e 1990 (Ganong, 1987; Cooper, 1998; Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Assim, para esta pesquisa utilizamos as seis etapas da revisão integrativa que são descritas a seguir:

4.2.1 Primeira Etapa

A identificação do tema e seleção da questão da pesquisa é caracterizada como a 1ª etapa da Revisão Integrativa este momento serve como direcionamento para a construção deste tipo de pesquisa. Esta etapa deve dar subsídio a um raciocínio teórico e abranger conceitos aprendidos previamente pelos pesquisadores.

Portanto, a primeira etapa do processo de preparação da revisão integrativa começa com a definição de um problema e a formulação de uma pergunta de pesquisa. Destacando que essa pergunta precisa ser clara e específica. Após são definidos os descritores, para em seguida construir a estratégia de busca (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A seguinte questão preliminar: o que revelam as publicações científicas sobre a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil, durante o período de 2013 a 2022?

O critério utilizado para a escolha de somente utilizar artigos e publicações nacionais se deu pelo fato da pesquisa ser voltada para o Programa Nacional de Segurança do Paciente na área de saúde do Brasil.

4.2.2 Segunda etapa

A 2ª etapa caracteriza-se pelo estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, em que após a escolha da temática pelo pesquisador e a definição da pergunta de pesquisa, inicia-se a busca nas bases de dados, para identificação dos trabalhos que serão introduzidos na revisão. Os critérios de inclusão devem ser claros e objetivos (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Assim, foram incluídas publicações na íntegra a partir de pesquisas desenvolvidas no Brasil nas fontes de informações/ bases de dados: SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), MEDLINE (*Comprehensive Medline*), LILACS (*Literatura Latinoamericana y del Caribe de Información en Ciencias de La Salud*), WEB OF SCIENCE. Também foram incluídas publicações encontradas no (Portal da CAPES), estudos produzidos sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente entre 2013 e 2022, conforme mostra o quadro (Quadro 1) a

seguir.

Quadro 1 - Fonte de informações/ Base de dados utilizadas.

Tipo de fonte	Nome
Fonte de informações	SCIELO
Fonte de informações	CAPES
Base de dados	LILACS
Base de dados	MEDLINE
Base de dados	WEB OF SCIENCE.

Pesquisa direta: CAVALCANTE, I. N. Coleta de dados realizada por meio de levantamento nas fontes de informações e bases de dados. Salvador, Março, 2022.

Os descritores foram definidos no site da BVS, acessando o ícone “DeCS Terminologia” (que é o vocabulário Descritores em Ciências da Saúde - DeCS) na área principal do site, e logo após acessando o ícone “consulta aos descritores” que direciona a página onde a busca foi realizada. Sendo empregado o idioma do descritor em português, consulta por palavra ou termo e consulta por índice alfabético. Descritores encontrados conforme quadro abaixo (Quadro 2):

Quadro 2 - Pesquisa dos descritores (DeCS) realizada no site da BVS.

Descritor 1	Descritor 2	Descritor 3	Descritor 4
Segurança do paciente <i>Patient safety</i>	Programa <i>Program</i>	Brasil <i>Brazil</i>	—
Termos alternativos/ sinônimos <i>Patient Safeties.</i> Safeties, Patient. Safety, Patient.	Termos alternativos/ sinônimos Programas	—	—

Fonte: Pesquisa direta: Cavalcante, I. N. Coleta de dados realizada por meio de levantamento nas fontes de informações e bases de dados. Salvador, Março, 2022.

A busca foi realizada com os termos em inglês, pois independente dos artigos serem escritos na língua portuguesa, estes continham resumos em inglês. Esses critérios de seleção dos estudos são indicadores que confirmam a confiabilidade, amplitude e poder de

generalização das conclusões da revisão (Whittemore; Knafl, 2005).

Em consulta ao site da BVS, em sua página principal, o ícone de “pesquisa” direciona a página onde a busca foi feita. A estratégia de busca de acordo com o recurso utilizado é apresentada no quadro 3.

Quadro 3 - Estratégia de busca

Estratégia de busca de acordo com o recurso utilizado
"Patient safety" AND Program AND Brazil

Fonte: Pesquisa direta: Cavalcante, I. N. Coleta de dados realizada por meio de levantamento nas bases de dados. Salvador, Março, 2022

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos documentos foram artigos científicos completos de acesso online, publicados em português e inglês, os tipos de documentos são: artigos originais, relatos de experiências, ensaios teóricos e reflexões cujo objetivo geral refere-se ao objeto de estudo, ou seja, estudos produzidos sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente, no período de 2013 a 2022, foram utilizados os filtros das bases de dados para a coleta dos dados.

Quanto aos critérios de exclusão, foram eliminados os artigos identificados em duplicidade, assim como os de acesso indisponível ou que não atendiam ao objeto do estudo e, portanto, não respondiam à questão de pesquisa. Além disso, as publicações na forma de teses e dissertações, cartas, resenhas e editoriais, publicações do tipo: livros, capítulos de livros, documentos governamentais, boletins informativos, artigos de revisão, estudos que não estão disponibilizados online na íntegra para análise e estudos que não atendiam ao objetivo proposto.

Os descritores controlados foram empregados em conjunto nas cinco bases de dados selecionadas, sendo utilizados: "Patient safety" AND "Program" AND "Brazil". A seguir o Quadro 4 apresenta a pesquisa dos artigos realizada nas bases de dados.

Quadro 4 - Pesquisa dos artigos realizada nas fontes de informações e base de dados

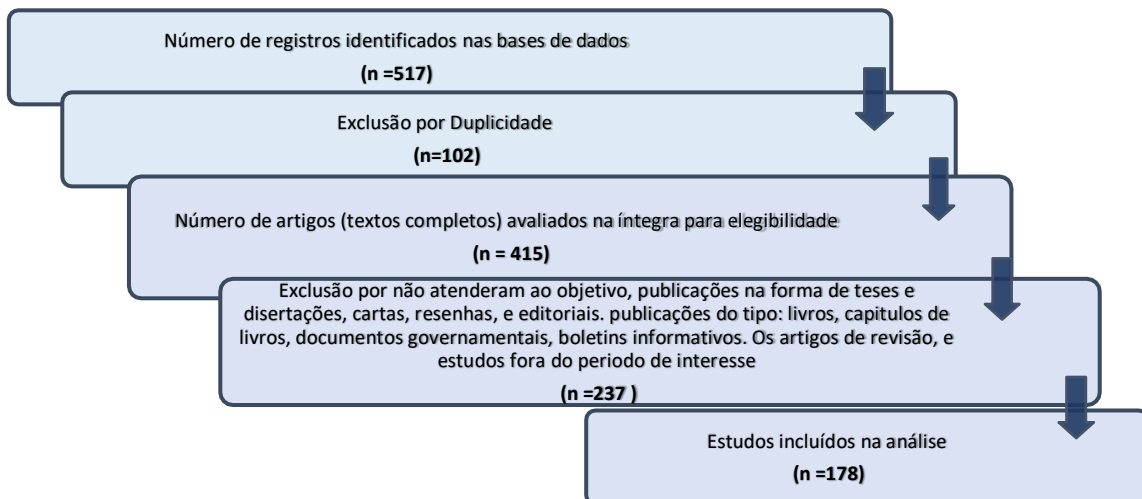
Descritores	Fontes de informações/ Base de dados	Número de artigos encontrados
"Patient safety" AND Program AND Brazil	SCielo	6 registros
"Patient safety" AND Program AND Brazil	CAPES	171 registros
"Patient safety" AND Program AND Brazil	Medline	91 registros

"Patient safety" AND Program AND Brazil	LILACS	115 registros
"Patient safety" AND Program AND Brazil	Web of Science	134 registros
Total		517 registros

Fonte: Pesquisa direta: Cavalcante, I. N. Coleta de dados realizada por meio de levantamento nas bases de dados. Salvador, Dezembro /2022.

Do primeiro cruzamento, com os resultados das buscas, encontrou-se 517 registros de publicações. Excluíram-se 102 trabalhos que se encontravam indexados repetidamente nas bases de dados pesquisadas, totalizando 415 publicações. Ao aplicar os critérios de exclusão foram eliminados 237 publicações, totalizando 178 produções científicas para análise e seleção final, como corpus deste estudo. Conforme o Fluxograma do processo de seleção dos artigos abaixo (Figura 1).

Figura 1 - Esquema representativo da busca de artigos realizada, elaborado pela autora.



Fonte: Dados de Pesquisa nas Bases de Dados e fontes de informações (DEZ/2022)

Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Office Excel 2019 e analisados. Foi organizado um instrumento estruturado, elaborado um quadro sinóptico com nove itens para o registro dos dados de cada um dos artigos selecionados para a análise, a saber: tema, título, base de dados, objetivo, resultados, periódico, ano de publicação, idioma e tipo de estudo. Os estudos selecionados receberam uma numeração sequencial.

4.2.3 Terceira etapa

A 3ª etapa refere-se à identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados para esta fase, aqui é necessária uma leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave de todos

os trabalhos completos localizados pela estratégia de busca, para em seguida examinar sua adequação aos critérios de inclusão da pesquisa (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Souza, Silva e Carvalho (2010) afirmam que a coleta dos artigos e publicações deve ser realizada de forma segura e, posteriormente, a construção de um instrumento que mostre a totalidade dos dados, precisa ser realizada. Essa ferramenta usada após as buscas é denominada de quadro sinóptico.

As informações foram organizadas e sumarizadas de modo conciso, de fácil acesso e manejo, compondo um banco de dados para as publicações selecionadas. O emprego desse tipo de quadro é sugerido por Beyea e Nicoll (1998) com o objetivo de organizar o banco de dados das publicações selecionadas e agrupar as informações essenciais inseridas de cada uma delas.

As categorias de análise em relação às publicações selecionadas foram organizadas da seguinte maneira: tema, título, base de dados, objetivo, resultados, periódico, ano de publicação, idioma e tipo de estudo. Para extração dos dados coletados foi utilizado o fichamento de leitura de cada periódico.

Após a identificação dos títulos nos periódicos foi feita uma leitura exploratória para a aproximação do pesquisador com o material selecionado, tendo-se uma versão mais geral sobre as informações presentes nos artigos. A partir da classificação dos conteúdos dos artigos, foi feita a leitura interpretativa, permitindo a compreensão dos resultados encontrados nos estudos, correspondendo aos questionamentos do problema apresentado, além da apresentação dos estudos analisados com referencial teórico sobre a temática.

4.3.4 Quarta e quinta etapas

A quarta e quinta etapas foram organizadas em análise a partir da inclusão e exclusão dos estudos através de uma análise crítica, no qual se aplicou análise temática do conteúdo. A quarta etapa realizou-se a sistematização temático-categorial em todos os dados da produção científica elegida. Dando seguimento a quinta etapa permitiu-se a avaliação dos estudos selecionados. Utilizou-se a técnica em três fases: pré-análise; exploração da obra; avaliação dos resultados, inferência e interpretação.

4.3.5 Sexta etapa

A sexta e última etapa é eleita pela apresentação da revisão. A elaboração de um documento que apresente detalhadamente a revisão integrativa. Esta etapa consiste na produção do documento que deve seguir a descrição das etapas exploradas pelo revisor e os principais resultados demonstrados na análise dos artigos incluídos. É um trabalho fundamental, já que

produz impacto em razão do acúmulo de conhecimento contidos sobre a temática pesquisada, ou seja, após o acesso do material bibliográfico, realizou-se a leitura na íntegra da produção científica a fim de identificar as informações relevantes e os dados indispensáveis para determinar relações entre essas as informações/dados e o problema proposto no presente estudo, para, em seguida, analisar a consistência das informações e dos dados encontrados pelos autores. Após a seleção, fez-se um mapeamento dos artigos e destacaram-se as principais categorias.

Entende-se que, ao final da análise, os estudos potenciais constituíram-se de 178 trabalhos científicos na íntegra, em português e Inglês e os dados relevantes foram analisados através da análise de conteúdo temático. Sendo assim, os resultados são apresentados de modo descritivo, adotando uso de tabelas, no intuito de captar na produção científica nacional sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil.

4.3 PLANO DE ANÁLISE

Para a realização da análise de dados, a pesquisadora fez a sistematização das publicações coletadas a partir das buscas nas fontes de informações e bases de dados e após a seleção dos artigos e publicações inseridas na Revisão Integrativa foram considerados os trabalhos que tratam acerca do PNSP no Brasil.

Para esta dissertação, e para atender aos objetivos da pesquisa a análise dos dados qualitativos foi realizada através da Análise de Conteúdo Temática proposta por Laurence Bardin, que define que a mesma consiste em um [...] “conjunto de métodos de análise de conteúdo que, prospera processos sistemáticos e objetivos de descrição do estudo presentes nos dados” (Bardin, 2011, p.44). Compreender a análise de conteúdo como a soma de técnicas e procedimentos, contribui em sua efetivação de modo a dar segurança ao pesquisador no caminho que ele deve ser trilhado.

Assim, a análise de conteúdo temática é o julgamento dos significados e das características dos dados encontrados, ou seja, dos contextos e ideias observados. Esse tipo de análise temática consiste em desvendar os núcleos do conhecimento, isto é, a significação que constitui a definição, a presença ou frequência capazes de aprofundar algo para o objeto de investigação (Bardin, 2011; Damascena, 2021).

Diante disso, foi realizada a sistematização de procedimentos determinados para aplicação dessa técnica de análise, compreendendo cronologicamente as seguintes fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2011).

A primeira fase, pré-análise, foi desenvolvida com o intuito de sistematizar as ideias iniciais, a partir da formulação das hipóteses provisórias, como também, a organização do material a ser investigado. Com os dados coletados em mãos, visando à identificação dos conteúdos analisados, para conhecer e definir o corpus de análise, assim, realizou-se à leitura flutuante de todo o material obtido nas buscas.

Concluída essa fase, teve início a exploração do material, em que os dados brutos foram organizados e transformados em categorias sequenciais com a descrição das características pertinentes ao conteúdo de cada uma das categorias selecionadas. A organização resultou na definição das categorias temáticas. Os resultados foram descritos embasado em uma síntese que considera o conjunto de significados presentes nas diferentes unidades de análise, visando alcançar interconexões entre a produção científica nacional e os elementos que revelem os objetivos e estratégias de implementação do PNSP nas organizações de saúde.

O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação unem-se ao movimento da busca pela compreensão dos conteúdos manifestos e latentes, embasado nos conceitos e definições de Segurança do Paciente e de Gestão de Riscos. Dessa forma, exploram-se as definições expressas nos resultados (Bardin, 2011). Para melhor entendimento, o dispositivo analítico foi esquematizado na Figura 2:

Figura 2 - Plano de análise de Contéudo Temática



Fonte: Elaborado pela Autora (2023).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos, estes dispensam aprovação de Ética em Pesquisa, tendo em vista que não envolvem de forma direta os seres humanos, fazendo uso de dados secundários e públicos. Assim, no que se referem aos direitos autorais, todos os estudos consultados foram referenciados.

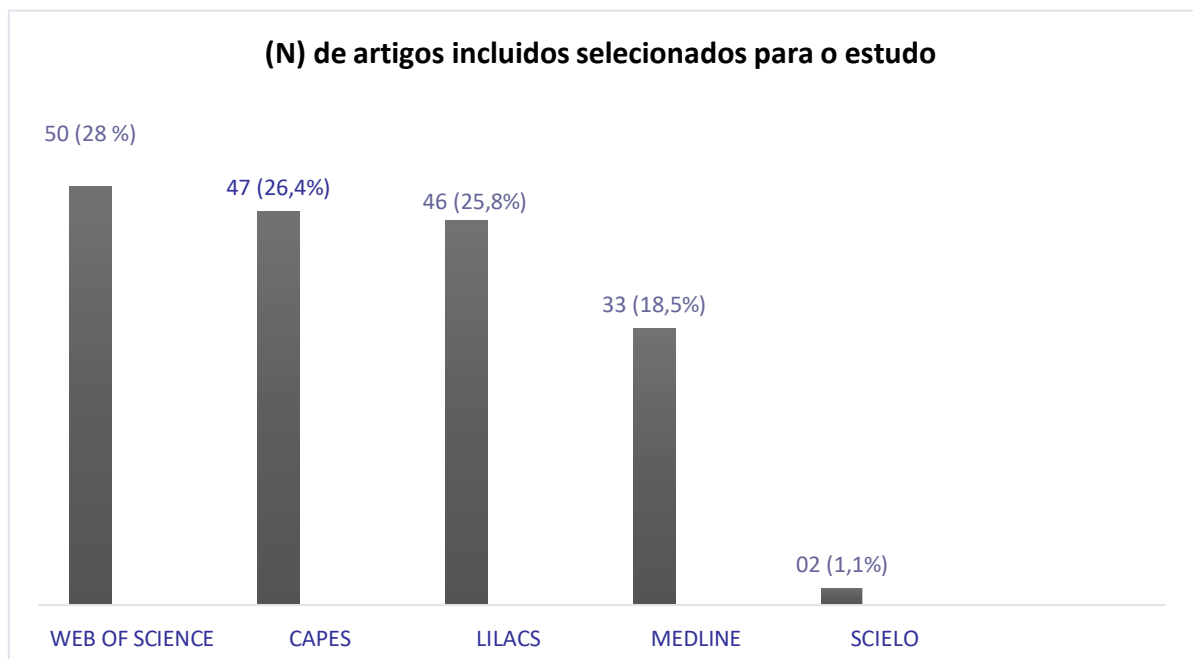
A normativa que trata dos critérios de autoria está expressa na lei 9.610 de 19 de fevereiro de 2008, devendo ser obedecida. As informações apresentadas não devem violar a integridade de qualquer indivíduo ou trazer danos para as instituições ou autores.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta revisão integrativa foram incluídos 178 artigos que são apresentados inseridos no apêndice B desta dissertação, exibidos pelo número, título, fontes de informações, autores e periódicos. Os artigos foram identificados por meio da utilização de algoritmos numéricos estes organizados por ordem sequencial. Assim, encontram-se no apêndice B.

A partir da análise realizada dos artigos aptos para esta revisão integrativa, de acordo com as fontes de informações e nas bases de dados selecionadas, o gráfico 1 apresenta o seguinte resultado.

Gráfico 1 - (N) de artigos incluídos selecionados para o estudo.



Total: 178

Fonte de informações: SCIELO, CAPES, MEDLINE, LILACS e WEB OF SCIENCE (DEZ-2022).

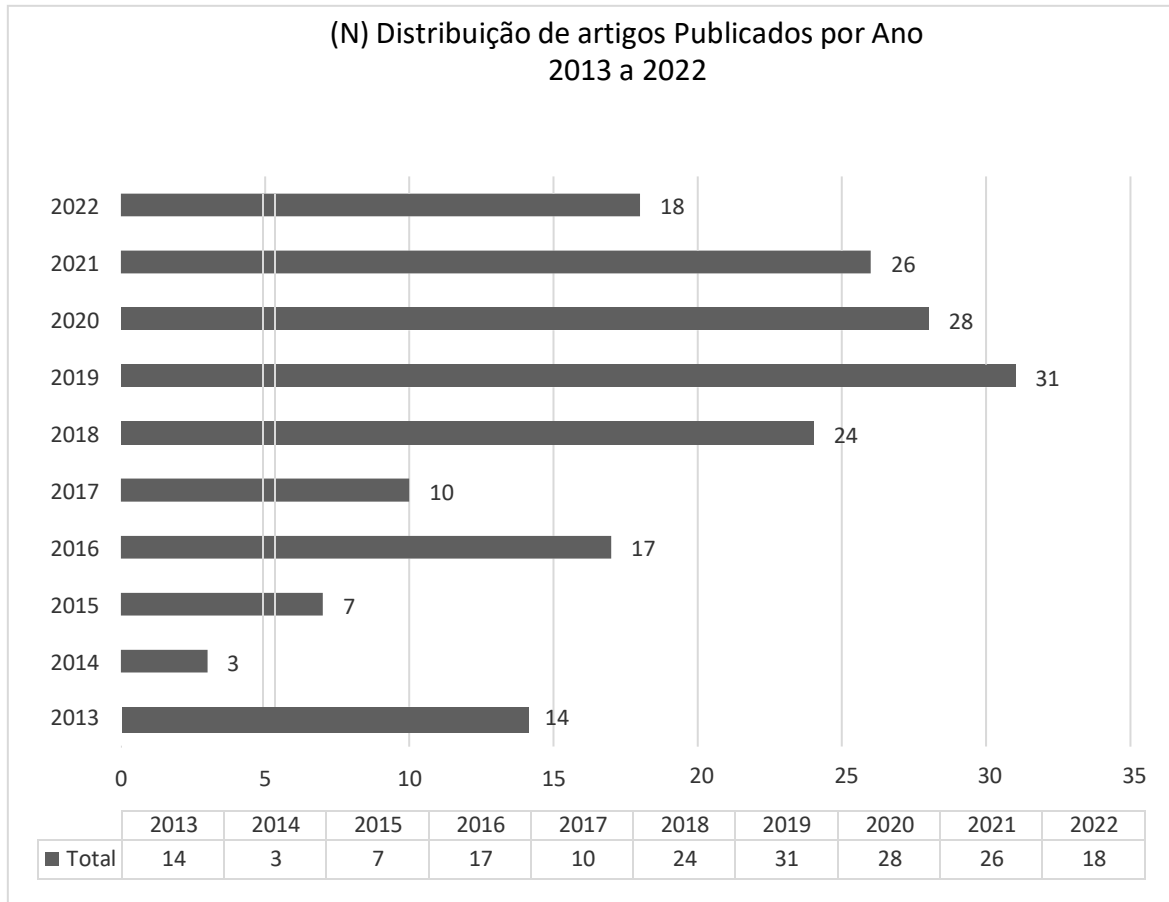
Em relação ao tipo de estudo, dos 178 artigos analisados 47 (26,4%) deles estão definidos como sendo transversais, seguido de 43 (24,1%) estudos observacionais e 29 (16,2%) identificados como sendo estudos descritivos, conforme Tabela 1. Chama a atenção que 03 (1,6%) artigos analisados não têm descritos o tipo de estudo.

Tabela 1 - Distribuição dos tipos de estudos, a partir dos textos selecionados para esta pesquisa. Salvador/BA, setembro, 2023.

<i>Tipos de Estudos</i>	<i>Número de Artigos</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Transversal</i>	47	26,4%
<i>Observacional</i>	43	24,1%
<i>Descritivo</i>	29	16,2%
<i>Avaliação</i>	08	4,4%
<i>Reflexão</i>	07	3,9%
<i>Estudo de Caso</i>	07	3,9%
<i>Estudo de Coorte</i>	05	2,8%
<i>Documental</i>	05	2,8%
<i>Prognóstico</i>	05	2,8%
<i>Relato de experiência</i>	04	2,2%
<i>Metodológico</i>	04	2,2%
<i>Quase-experimental</i>	03	1,6%
<i>Sem especificação</i>	03	1,6%
<i>Retrospectivo</i>	03	1,6%
<i>Híbrido</i>	01	0,5%
<i>Multicêntrico</i>	01	0,5%
<i>Analítico</i>	01	0,5%
<i>Pesq. de desenvolvimento</i>	01	0,5%
<i>Explanatório</i>	01	0,5%
Total	178	100%

Fonte de informações - SCIELO, CAPES, MEDLINE, LILACS e WEB OF SCIENCE (DEZ-2022).

Em relação ao ano de publicação, 2019 foi o ano mais expressivo com 31 (17,3%) publicações, seguido de 2020 com 28 (15,6%) artigos publicados; e 2021 com 26 (14,5%), conforme mostra o gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição de artigos por ano.

Fonte de informações - SCIELO, CAPES, MEDLINE, LILACS e WEB OF SCIENCE (DEZ/2022).

No que diz respeito às bases de dados, 50 (28 %) das publicações estavam distribuídas nas base de dados do Web Of Science. Conforme a tabela 2, O periódico, com maior número de estudos identificados foi da Revista da Escola de Enfermagem da USP, no qual constavam 08 (15,6%) publicações, trata-se de um periódico destinado em fomentar a produção e difusão do conhecimento em Enfermagem e áreas correlatas, cujo fator de impacto é 1.123.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos revisados por periódicos no período de 2013 a 2022.

Periódicos	(N) artigos	(%)
Revista da escola de enfermagem da USP	08	16%
Acta paulista de enfermagem	06	12%
Revista brasileira de enfermagem	05	10 %

Revista de pesquisa-cuidado e fundamental online	02	4 %
Revista latino-americana de enfermagem	02	4%
Revista de epidemiologia e controle de infecção	02	4%
Revista o mundo da saúde	02	4%
Journal of young pharmacists	02	4%
Brazilian journal of pharmaceutical sciences	02	4%
Revista de saúde pública	02	4%
Visa em debate – Fiocruz	02	4%
Cadernos de saúde pública	01	2%
Biochemia medica	01	2%
Revista rene	01	2%
BMC parto e gravidez	01	2%
Open journal systems	01	2%
JAMA : the journal of the American medical association	01	2%
Ciencia & saude coletiva	01	2%
Revista de gestao em sistemas de saude-rgss	01	2%
São paulo medical journal	01	2%
BMC nursing	01	2%
Revista da associacao medica brasileira	01	2%
Einstein-sao Paulo	01	2%
Clin microbiol infect	01	2%
European spine journal	01	2%
Plos one	01	2%
Total	50	100%

Fonte de informações- WEB OF SCIENCE (DEZ/2022).

Em, 47 (26,4%) das publicações elegidas para análise estavam presentes na fonte de informação através do Portal da CAPES. No que se refere aos periódicos, as

publicações constavam em 28 revistas nacionais e internacionais, sendo 19 (40,4%) brasileiras, 09 (19,1%) em revistas internacionais, predominando 10 (21,2%) revistas do campo da enfermagem. Assim, enfatizamos a Revista Brasileira de Enfermagem, que obteve o maior número de publicações um total de 08 (17%), como também a revista Texto & Contexto - Enfermagem, apresentando 04 (8,5%) publicações, conforme a tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos artigos revisados por periódicos na fonte de informação do Portal de Periódicos CAPES no período de 2013 a 2022.

Periódicos	Total de artigos	(%)
Rev.Brasileira de Enfermagem	08	17 %
Texto & Contexto - Enfermagem	04	8,5 %
Revista da Escola de Enfermagem da USP	03	6,3%
Acta Paulista de Enfermagem	03	6,3%
Sao Paulo Medical Journal	02	4,2%
Enfermería Global	02	4,2%
Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	02	4,2%
Einstein (São Paulo)	02	4,2%
Revista cuidarte	02	4,2%
Revista de Saúde Pública	01	2,1%
Rev Bras Ter Intensiva	01	2,1%
BMJ Journals	01	2,1%
Portuguese journal of public health,	01	2,1%
Rev. Bras. Saude Mater. Infant	01	2,1%
Discovery Springer Online Journals	01	2,1%
Epidemiologia e Serviços de Saúde	01	2,1%
PloS one	01	2,1%
Current infectious disease reports	01	2,1%

Revista Brasileira de Anestesiologia	01	2,1%
Cogitare enfermagem	01	2,1%
Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratoria	01	2,1%
Revista de Enfermagem da UFSM	01	2,1%
BMJ open	01	2,1%
BMC Cuidados Primários	01	2,1%
BMJ Journals quality	01	2,1%
Revista Latino-Americana de Enfermagem	01	2,1%
Vigilância Sanitária em Debate	01	2,1%
Interface - Comunicação, Saúde, Educação	01	2,1%
Total	47	100%

Fonte de informações – CAPES (DEZ/2022).

Dos estudos desta revisão integrativa, 46 (25,8%) publicações selecionadas para compor a presente revisão integrativa estavam indexadas na base de dados LILACS. Em relação ao tipo de periódico, as publicações constavam em 27 revistas nacionais e internacionais, sendo 24 (52,1%) brasileiras, 03 (6,5%) em revistas internacionais, predominando 11 (23,9%) revistas do campo da enfermagem. Assim, destacamos a Revista Brasileira de Enfermagem, que obteve o maior número de publicações um total de 08 (17,3%), como também a revista Gaúcha de enfermagem, apresentando 05 (10,8%) das publicações, conforme a tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos artigos revisados por periódicos na base LILACS no período de 2013 a 2022.

Periódicos	Total de artigos	(%)
Rev. bras. enferm	08	17,3%
Rev. gaúch. Enferm	05	10,8%
Texto & contexto enferm	03	6,5%
Rev. enferm. UERJ	03	6,5%

Rev. latinoam. enferm. (Online)	02	4,3%
Cogit. Enferm. (Online)	02	4,3%
Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)	02	4,3%
Cad. Saúde Pública (Online)	02	4,3%
Rev. Epidemiol. controle e infecção	01	2,1%
Einstein (São Paulo)	01	2,1%
Cad. Ibero Am. Direito Sanit. (Impr.)	01	2,1%
Rev. Interface	01	2,1%
Esc. Anna Nery Rev. Enferm	01	2,1%
Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago	01	2,1%
Psico (Porto Alegre)	01	2,1%
Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)	01	2,1%
Rev. baiana enferm	01	2,1%
Revista Bioética	01	2,1%
Ciencia y enfermería	01	2,1%
Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)	01	2,1%
Rev. Acta Paulistade Enfermagem	01	2,1%
Epidemiol. serv. Saúde	01	2,1%
Rev. eletrônica enferm	01	2,1%
Rev. Rene	01	2,1%
Braz. J. Pharm. Sci.	01	2,1%
J. Transcatheter Interv	01	2,1%
Rev. adm. Saúde	01	2,1%
Total	46	100%

Fonte de informações: LILACS (DEZ/2022).

Ao analisar as bases de dados do Medline, com 33 (18,5%) publicações

selecionadas, identificou-se 21 periódicos indexados, 11 (33,3%) tratava-se de periódicos internacionais e 10 (30,3%) nacionais, no qual o periódico que apresenta maior frequência de estudos relacionados a temática deste trabalho foi a Revista Brasileira de Enfermagem, que obteve um total de 04 (12,1%), como também a revista Gaúcha de enfermagem, apresentando 04 (12,1%) publicações, conforme a tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos artigos revisados por periódicos no período de 2013 a 2022.

Revista	(N) artigos	(%)
Revista: Rev Bras Enferm	04	12,1%
Rev Gaúcha Enferm	04	12,1%
Rev Lat Am Enfermagem	03	9%
Revista: J Patient Saf	03	9%
Revista: Rev Saude Publica	02	6%
Revista: PLoS Um	02	6%
J Infect Dev Ctries	01	3%
J Gestão de Órgãos de Saúde	01	3%
Int J Saúde Qual Assur	01	3%
Invest Educ Enferm	01	3%
Revista: Intensive Crit Care Nurs	01	3%
Revista: Rev Esc Enferm USP	01	3%
Revista: Int J Clin Pract	01	3%
Revista: Int J Risk Saf Med	01	3%
Revista: J Infect Dev Ctries	01	3%
Revista: Cirurgia Plástica Estética	01	3%
Revista: Public Health	01	3%
Med Care Res Ver	01	3%
Einstein (Sao Paulo)	01	3%
J Nurs Manag	01	3%

Int Emerg Nurs	01	3%
Total	33	100%

Fonte de informações: MEDLINE (DEZ/2022).

Na fonte de informação Scielo, os dois estudos indexados eleitos para análise foram de periódicos nacionais, conforme apresentados nos dados na (Tab.6) abaixo.

Tabela 6 - Distribuição dos artigos revisados por periódicos no período de 2013 a 2022.

Periódicos	(N) artigos	(%)
Rev. Bras. Enferm	01	50%
Rev. Gaúcha Enferm	01	50%
Total	02	100%

Fonte de informações– SCIELO (DEZ/2022).

Em relação às categorias temáticas, levando em consideração os artigos analisados nesta revisão integrativa, foi aplicada a técnica de Análise Temática (Bardin, 2011), sendo identificadas 12 (doze) categorias analíticas, conforme observado na tabela (Tab.7) abaixo, que serão discutidos adiante.

Tabela 7 - Amostra das principais categorias encontradas no estudo, relacionadas ao programa nacional de segurança do paciente no Brasil, Salvador, 2023.

<i>Categorias relacionadas ao programa nacional de segurança do paciente no Brasil</i>	<i>N</i>	<i>F (%)</i>
<i>1. Metas Internacionais de segurança do paciente</i>	29	16,2%
<i>2. Eventos Adversos, Incidentes e Erros</i>	26	14,6%
<i>3. Avaliação da Segurança</i>	26	14,5%
<i>4. Cultura de segurança</i>	24	13,5%
<i>5. Checklist/ Lista de verificação</i>	15	8,4%
<i>6. Percepções dos profissionais</i>	15	8,4%
<i>7.. Processos Formativos</i>	11	6,1%
<i>8. Programas Institucionais</i>	11	6,1%
<i>9. Gestão de Riscos/ Gestão da segurança</i>	09	5,0%

<i>10. Condições de Trabalho</i>	06	3,3%
<i>11. Tecnologias</i>	04	2,2%
<i>12. Direito á saúde</i>	02	1,1%
Total	178	100%

5.1 CATEGORIA 1 – METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A leitura realizada na íntegra dos artigos analisados abrange um total de 29 (16,2%) estudos desta categoria, que apresentaram publicações de 2013 a 2022, e em sua maioria constituídas por estudos do tipo descritivos (13,7%) e observacionais (17,2%).

As seis metas internacionais de segurança do paciente, foram instituídas pela Joint Commission International (JCI) em parceria com a Organização Mundial da Saúde (JCI, 2017), durante a análise foram identificadas metas referentes à prevenção de quedas, identificação correta do paciente, prevenção contra IRAS/ higienização da mãos e comunicação efetiva. Sendo que, as metas de administração de medicamentos (31%) e de higienização das mãos (20,6%) foram abordadas com maior frequência presentes nesta categoria. Além disso, os estudos expressam as metas de segurança inseridas em áreas do conhecimento no âmbito da segurança do paciente: precauções padrão, gestão da segurança, eventos adversos e procedimentos clínicos.

De acordo com a análise deste estudo, não foram identificadas publicações referentes à meta de segurança de prevenção de lesões por pressão. Já a meta de segurança referente à cirurgia segura, todos os estudos encontrados dizem respeito ao checklist. Assim, a autora optou por abordar esta meta de segurança na categoria analítica Checklist/ Lista de verificação.

No que se refere à adoção de estratégias para prevenir erros na administração de medicamentos, os estudos analisados 23, 105, 114, 138, 140 e 176, revelam diversidade na abordagem dessa temática nas pesquisas científicas sobre o tema, tais como: o uso de diretrizes e intervenções farmacêuticas para evitar erros de medicação; o uso de bandeja com identificação colorida utilizada no processo de intubação de sequência imediata nos pacientes com COVID-19, como barreira preventiva para a ocorrência de erros no processo medicamentoso; abordagem colaborativa baseada no ciclo Plan-Do-Study-Act (PDSA) visando reduzir erros no preparo e administração de medicamentos orais através de SNG/NET em pacientes adultos; no área da pediatria, os estudos abordaram sobre treinamento para a administração de medicamentos pela via endovenosa; e sobre a identificação dos pacientes para garantir a segurança.

No que se refere ao uso seguro de medicamentos de alta vigilância, o estudo 12, observou que a interrupção no processo medicamentoso costuma ser frequente, em razão da carga de trabalho dos enfermeiros, o que pode vir a comprometer a segurança no cuidado. O problema de interrupção, assim como outros fatores como alterações manuscritas em prescrições eletrônicas foram observadas no estudo 38 evidenciou que podem ocorrer erros durante a prescrição de medicamentos em unidades de psiquiatria. No estudo 19 buscou-se implementar medidas de segurança voltadas a administração do medicamento em uma UPA, promovendo melhor qualidade do cuidado.

Outra estratégia importante no que se refere à administração de medicamento é a reconciliação de medicamento que de acordo com o estudo 133 demonstra que é uma oportunidade para rever a farmacoterapia. Nesse estudo, tal ação preveniu o mal uso de medicamentos ou a omissão destes durante a internação do paciente e após sua alta.

Os estudos 89, 111 e 178 voltaram-se para a prevenção de riscos de infecções relacionada à assistência em saúde, em que se evidenciou que embora houvesse conhecimento acerca das precauções padrão (PP), o tema não era dominado pelos profissionais. O uso parcial dos bundles que são as medidas realizadas para aplicação de boas práticas para prevenção de IRAS, colaborou para reduzir infecções no processo de assistência à saúde, mas ainda não se mostrou eficiente para reduzir os índices de infecção, sendo necessário maior investimento em educação permanente para reverter o problema. Os estudos 136 e 160 abordaram as políticas públicas voltadas à prevenção e controle das IRAS e enfatizaram que é importante, além da criação de políticas, fornecer estrutura e condições para que as intervenções a serem realizadas pelos profissionais possam ser executadas.

Ainda nesta categoria, no que se refere ao processo de higienização das mãos como medidas para prevenção de infecções, o estudo 116 evidenciou conhecimento limitado a respeito desta medida, bem como falta de aceitação dos profissionais sobre questionamentos realizados por pacientes a respeito de sua aplicabilidade. Outro problema observado no estudo 124 diz respeito a falta de conhecimento dos profissionais sobre o tempo mínimo relacionado a preparação alcoólica para o alcance do objetivo de aniquilar com os microorganismos.

Os estudos 130, bem como o estudo 51 voltaram-se ao processo de monitoramento da higienização das mãos, de modo que o primeiro estudo buscou adaptar um instrumento para o monitoramento da higienização das mãos (HM), o que viabilizou a avaliação da aplicação do protocolo e o aprimoramento das metodologias adotadas, promovendo maior

segurança ao paciente e aos profissionais. O segundo estudo evidenciou que situações como a estrutura física, o uso de luvas de procedimento, bem como o regime de trabalho e clima de segurança do paciente foram fatores que influenciaram a adesão ao monitoramento de HM.

No que se refere à comunicação e segurança do paciente, o estudo 36 destacou a relevância da passagem de plantão, sendo indispensável a comunicação eficiente para o cuidado seguro; o estudo 09 salientou sobre a baixa cooperação da equipe multidisciplinar na passagem de plantão, podendo ser decorrente da cultura organizacional. Já o estudo 8 apontou que fatores como ruídos sonoros, omissão de informações, ausência de instrumento padronizado e atraso dos profissionais comprometeram a comunicação durante a passagem de plantão.

No que se refere a prevenção de quedas, no estudo 121, verificou-se que a incidência de quedas aumentou em um hospital universitário entre 2011 e 2012. Nos anos subsequentes, de 2013 a 2015, a incidência apresentou redução. A ocorrência de quedas é acompanhada pela implementação de medidas preventivas, o que tem impacto nestas intervenções, para reduzir a ocorrência de incidentes. Os resultados revelaram a importância da implementação de medidas preventivas para reduzir a incidência de quedas em pacientes hospitalizados.

Com o passar dos anos o crescimento das publicações, apresentam inquietações da comunidade científica com a segurança dos cuidados em saúde. As metas internacionais de segurança mais discutidas foram a respeito da prevenção de erros na administração de medicamentos, pesquisas sobre o tema conciliação medicamentosa, medicamento de alta vigilância e instrumentos de uso para prevenção de administração incorreta. Diante disso, as evidências apresentadas, destacam para a necessidade de mais pesquisas sobre todas as seis metas internacionais de segurança do paciente, como também voltadas para outras áreas de atenção à saúde no âmbito da atenção primária, atenção domiciliar e atendimento pré-hospitalar, já que diante da presente análise deste estudo, muitas dos quais já estão bem delineadas nos ambientes hospitalares.

5.2 CATEGORIA 2 – EVENTOS ADVERSOS, INCIDENTES E ERROS

Esta categoria, refere-se aos eventos adversos, incidentes e erros que estão presente em vinte e seis publicações, correspondendo a 14,5% dos artigos publicados entre 2013 a 2022 incluídos na análise.

Quanto aos eventos adversos presente nos estudos (42,45,91,99,104,109,162,174

e 177) estes abordam aspectos de monitoramento e a implementação de intervenções para a redução de danos como foco central do estudo. Em relação aos eventos adversos, destaca-se que foram abordados especificamente sobre a comunicação, administração de medicamentos, avaliação de assistência ao parto, incidência e características dos eventos adversos, programa de educação, ocorrência no centro cirúrgico e rastreadores de detecção relacionados aos eventos adversos. Identificou-se nos estudos analisados a utilização do estudo de coorte com mais frequência.

Os estudos (03,40,47,56,67,84,110,115 e 169) destacaram-se sobre os incidentes de segurança. Foram apontadas as características e tipos de incidentes notificados relacionados aos cuidados em crianças e adultos, centro cirúrgico e maternidades. As publicações foram constituídas como estudos descritivos em sua maioria.

Os estudos (31,107,122,126,131,163,167 e 173) referem-se aos erros relacionados a assistência em saúde, com destaque para o tema da administração incorreta de medicamentos, foram mais frequentes. As demais publicações enfatizavam sobre o erros na imunização, os assistenciais e falhas no uso de equipamentos. Quanto ao método desses artigos, o tipo de estudo descritivo foi identificado em maior quantidade.

No que se refere aos eventos adversos (EAs) e a sua comunicabilidade em um ambiente hospitalar, verificou-se que estes são comunicados. Ainda assim, observa-se a existência de subnotificação e análise inadequada dos fatos, o que corrobora para a ocorrência de EAs de acordo com o artigo 43. O estudo 162 realizou uma pesquisa em três hospitais gerais públicos do Rio de Janeiro e nele verificou-se que os EAs se apresentam como um sério problema de cuidado assistencial hospitalar no Brasil, sendo as mais frequentes as infecções associadas aos cuidados na assistência em saúde.

Segundo os estudos 109 e 177, a opção de verificar a frequência e desempenho dos critérios de rastreamento, a exemplo do *Canadian Adverse Events Study*, para confirmação de EAs cirúrgicos, levando-os a inferir que tal instrumento pode colaborar na detecção dos EAs relacionados com dispositivos mecânicos sendo o tipo mais frequente em pacientes alimentados por sonda, resultando em danos leves. O preditor mais forte de EA na terapia intensiva estava associado ao uso de dispositivos mecânicos.

A produção científica sobre os eventos adversos ainda apresenta vários caminhos que merecem exploração mais aprofundada. Entre estes, destaca-se especialmente a necessidade de investigar como ocorrem tais eventos adversos. Esta lacuna do conhecimento é fundamental para melhorar a formação e a prática profissional na área da segurança nos cuidados, considerando a importância de

compreender as razões, e os mecanismos destes eventos adversos.

Portanto, verificou-se que os eventos adversos continuam sendo um problema grave nas organizações de saúde no Brasil. No entanto, os EAs podem ser minimizados por meio de iniciativas simples, como o incentivo de notificações, gestão de riscos e a incorporação da educação continuada como instrumentos de prevenção. Compreender suas características é importante para que profissionais de saúde, pesquisadores e gestores e possam aplicar intervenções para reduzir sua ocorrência.

No que se refere aos incidentes de segurança, o estudo 67 revela também sobre incidentes que perpassam os protocolos para a segurança do paciente, estabelecidos instituições e entidades especializadas. Sendo os principais fatores que contribuem para incidentes de segurança a falta de comunicação e o relacionamento entre acompanhantes / profissionais, cuja incidência interfere, também, na qualidade do cuidado. Além da identificação do paciente, a terapia nutricional e medicamentosa, higienização de mãos e outras ações para prevenção de infecções, os cuidados com quedas e a efetivação de procedimentos, a exemplo de punção venosa são processos de cuidado em que estão suscetíveis a ocorrência de incidentes.

Os estudos 40 e 56 enfatizam que em relação à atribuição da ocorrência de incidentes no contexto cirúrgico são observadas falhas no gerenciamento de recursos humanos e materiais, evidenciando desse modo, a relevância da avaliação contínua dos serviços de saúde para possibilitar a oferta de uma assistência segura como também a prevenção de falhas durante a assistência à saúde.

Apesar disso, salienta-se que as condições de trabalho enfrentadas pelos profissionais, tais como a falta de equipamentos e insumos, organização do processo de trabalho, infraestrutura, garantia dos direitos trabalhistas, salário, jornada, dimensionamento do quantitativo de trabalhadores para prestação de cuidados na assistência, entre outras, interferem não só no caráter como os cuidados será desenvolvido, mas também no produto final alcançado. Assim, o processo do trabalho em saúde e as condições laborais são determinantes para a segurança do paciente e do trabalhador (Santos et al.,2018).

Os estudos 03 e 115 Salientaram que as notificações, em sua maioria, são realizadas por enfermeiros. Já os fatores contribuintes para incidentes de segurança citados são: uso de práticas e atitudes inadequadas pelos profissionais; inoperância do Núcleo de Segurança do Paciente e ausência de protocolos de segurança, notificação e

monitoramento de incidentes na instituição; além de restrições de recursos, pessoal e manutenção de equipamentos, bem como, limitações no conhecimento da equipe e apoio da gestão às ações de segurança e Núcleo de Segurança do Paciente no serviço de saúde.

Esse enfoque negligencia o contexto das condições precarizadas do trabalho, o contexto específico em que ocorre os incidentes e os demais agentes envolvidos, considerando a natureza coletiva do trabalho em conjunto na área da saúde, a responsabilidade dos serviços de saúde quanto às condições de trabalho e a necessidade de constante aprimoramento educacional para esses profissionais (Santos, H., 2018).

O estudo 47 abordou sobre o envolvimento de alunos de enfermagem diante dos incidentes de segurança. Nessa pesquisa, os autores identificaram que não existem protocolos ou fluxos implantado para essas situações, de modo que os estudantes sejam direcionados e saibam como agir diante de um incidente. Desse modo, fica claro que é fundamental que sejam oferecidos recursos de suporte aos estudantes de enfermagem visando mitigar esse fenômeno.

Em face do que foi evidenciado nos estudos analisados identificou-se como os principais incidentes: as quedas, erros cirúrgicos, as flebites, as lesões de pele e os erros na identificação. Em relação a ocorrência dos incidentes entre os fatores contribuintes estavam relacionados ao uso de práticas inadequadas; inoperância do Núcleo de Segurança do Paciente, ausência de protocolos de segurança, notificação e monitoramento de incidentes na instituição; além de restrições de recursos, pessoal e manutenção de equipamentos, bem como, limitações no conhecimento da equipe e apoio da gestão às ações de segurança no serviço.

Nesta perspectiva, mediante as iniciativas desenvolvidas para garantir a segurança do paciente. Considera-se que a partir desses incidentes apresentados nos estudos, revelam a necessidade de fortalecer medidas de segurança mais avançadas, estas refletem de modo que, muitas vezes, grandes campanhas mundiais nem sempre são adotadas e implantadas nos hospitais com os esclarecimentos implantação dos programas e principalmente com o cumprimento das metas de segurança nas organizações de saúde (Souza; Silva, 2014).

Vale destacar, que no contexto cirúrgico são observadas falhas no gerenciamento de recursos humanos e materiais. É importante que medidas preventivas sejam efetivadas em maternidades, unidades de internação, UTI, entre outros. Adequações Sistemas de Notificação de Incidentes devem ser propostas no sentido de melhorar o processo de vigilância, prevenção de danos e a estrutura das organizações de saúde.

Quanto aos erros relacionados a assistência em saúde, os artigos 31, 31 e 163 abordam sobre os sentimentos relacionados e atitudes tomadas diante do erro, como sendo fenômenos que prevaleceram nos estudos, demonstrando a necessidade iminente de se adotar como medida estratégica a sensibilização contínua dos profissionais de enfermagem, estabelecendo-se ações proativas para minimização de erros e a suavização de sentimentos negativos advindos de erros no exercício laboral, especialmente a ministração de medicamento.

O estudo 107, realizado com técnicos de enfermagem, apontou que em relação aos erros, estes profissionais detêm uma compreensão limitada sobre o tema, atendo-se às reações resultantes destes. Contudo, percebem que o erro se dá não apenas pela ausência de atenção, mas em consequência de outros fatores latentes, como número o elevado de pacientes, dimensionamento inadequado e sobrecarga de trabalho. Todavia, estes profissionais entendem que para o aprimoramento da segurança do paciente, atitudes como a comunicação e notificação dos erros são instrumentos preponderantes.

Apesar do erro consolidar-se no âmbito individual dos profissionais, o seu ato envolve características que estão relacionados tais como: ao subdimensionamento fragilizado, ao ritmo de trabalho intensivo e às condições de trabalho precárias. Desse modo, além da responsabilidade civil pela ação, os profissionais que cometem erro é sobreposto pela culpa, sendo desconsideradas as condições improprias de trabalho (Santos, T., 2018).

No que se refere aos erros relacionados a ministração e preparo de medicamentos, a análise dos estudo 167 e 173 apontaram que a ausência da técnica asséptica e a não higienização das mãos foram os erros frequentemente cometidos, Tal resultado sugere a urgência em se implantar medidas que assegurem a ministração correta do medicamento, como a tripla checagem na farmácia, na UTI e na ministração do medicamento, reforçando-se o uso seguro de medicação. Estas questões convergem para a necessidade de se instituir programas educativos a serem implantados com a finalidade de promover a segurança do paciente; bem como, fortalecer a ação do farmacêutico, de modo integrado, com os demais profissionais da área da saúde.

Diante disso, os estudos citados voltaram-se mais específicos sobre os erros no processo de administração incorreta de medicamentos. Nesse contexto destaca-se, que estudos produzidos, apontam o erro mais frequente ocasionados por trabalhadores da enfermagem. Nesse sentido, o trabalho em enfermagem deve ser considerado de forma distinta de organização para as diferentes categorias e que o caráter gerencial-assistencial

dos cuidados possui suas particularidades singular da sua demanda de trabalho que, no cotidiano da assistência em saúde, produz sobrecarga de inúmeras responsabilidades e atribuições (Gama et al, 2022).

Por fim, destaca-se que a compreensão do erro humano no trabalho em saúde requer julgamentos dos múltiplos fatores e condições relacionadas no seu processo, contemplando inclusive as esferas estruturais, como a precarização do trabalho, organização do processo de trabalho em saúde e as condições de trabalho, que influenciam a ocorrência de erros. Não se refere apenas da investigação de culpados, como ocorre quando, o erro é reconhecido como é cometido pelas condições singulares de quem erra (Reason, 2009).

5.3 CATEGORIA 3 - AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA

Para a construção desta categoria foram analisados vinte e três estudos (12,9%) publicados a partir de 2015 a 2022. Observou-se que a avaliação da cultura de segurança obteve maior frequência (26%), e as demais publicações são relacionadas a pesquisas avaliativas em temas diversos no âmbito da segurança do paciente (73,9%), tais como: boas práticas de segurança, curso de acreditação à distancia, controle de infecção, UTI pediátrica, farmacovigilância, programa de treinamento de segurança do paciente, registros em prontuários, clima de segurança, indicadores de segurança, procedimentos cirúrgicos e na atenção materna e neonatal. Após análise, identifica-se que os estudos nessa categoria se ancoraram no desenho transversal com maior frequência (37,5%).

De modo geral os estudos enfatizam que a avaliação em saúde é importante para que haja maior efetividade na cultura da segurança do paciente, na redução dos riscos e na prevenção de eventos adversos, conseqüentemente, diminuição de danos aos pacientes.

No que se refere à avaliação da segurança, os estudos analisados (07,16,29,77 e 94 revelam diversidade na abordagem dessa temática nas principais pesquisas científicas sobre o tema, tais como: o indicador de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica e a avaliação das atividades de controle e prevenção hospitalar, o indicativo de um clima de segurança positivo ou não, confiabilidade e a validade de instrumento para avaliação da cultura de segurança, e a implantação e avaliação de programa de melhoria de registros.

Os estudos 05, 11, 34 e 144 evidenciam que a avaliação em saúde é fundamental para identificar as potencialidades e fragilidades para o alcance de uma cultura de segurança positiva e desenvolvimento de ações seguras em saúde, a exemplo de ações

educativas e contínuas para melhoria da gestão de riscos e da qualidade da assistência prestada, já que permite direcionar ações para reduzir os fatores que contribuem para os erros, promovendo uma assistência de maior qualidade e aumentando a segurança dos profissionais e dos pacientes.

O estudo 22 (Reis et al., 2019) sugerem que é confiável a aplicação do HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture), para conhecer acerca dos recursos humanos, do trabalho em equipe entre as unidades e a percepção geral dos servidores o que auxiliará no desenvolvimento de ações que resulte em uma cultura de segurança. O estudo 103 e 171 enfatizam que é necessário estimular os profissionais de saúde a realizarem treinamentos visando a adoção de comportamentos que contribuam para a assistência segura.

O estudo 25 destaca que a avaliação em saúde também é importante para a elaboração e implantação de curso de segurança do paciente em instituições hospitalares visando trazer impactos positivos na prática da equipe de saúde e, por conseguinte, redução da ocorrência de eventos adversos. Já o estudo 80 enfatizam que avaliação em saúde mostra em que nível se encontra a cultura de segurança e destacam que as ações gerenciais são o principal contribuinte para a fragilidade da cultura.

Já os estudos, 53, 59 e 64 mensuraram o clima de segurança do paciente e os fatores associados na perspectiva da equipe multiprofissional e sugerem que a avaliação da segurança é imprescindível para conhecer a influência que alguns fatores como escolaridade e a experiência profissional pode influenciar na avaliação da segurança do paciente em profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), com o também, para os servidores da área administrativa..

Os estudos 76,81,128 e 168 sugere que a avaliação da segurança é um instrumento importante porque identifica deficiências de conhecimentos, atitudes e práticas não somente em hospitais, mas também em farmacovigilância, já que mapeia suas principais fragilidades, tornando possível delinear melhor medidas para enfrentar os desafios existentes e trazer melhorias para o sistema nacional de farmacovigilância.

O estudo 33 destaca que para medir o que se propõem no que diz respeito aos indicadores, estes devem estar associados às questões voltadas para a segurança do paciente (validade de conteúdo) e deve provar a sua relação com a prevenção de EA (validade de critério). Os indicadores desenvolvidos e validados neste estudo se constituem como uma cooperação para a gestão da segurança do paciente no âmbito das unidades hospitalares brasileiras. E apresentou também um instrumento aprovado no

que se refere a confiabilidade, validade, viabilidade e potencial utilidade para o gerenciamento dos riscos assistenciais.

Os autores enfatizam a relevância do envolvimento da cultura organizacional no fortalecimento das avaliações de segurança do paciente com o propósito de compreender o ambiente de trabalho na assistência e buscar possíveis aspectos de transformação para o avanço da prática segura. Os pesquisadores também sugerem que a capacitação pode ser estabelecida como estratégia fundamental na implantação de uma cultura de segurança mais fortalecida a partir da avaliação, que deve ser guiada por ações de segurança capazes de direcionar a equipe de saúde sobre suas necessidades e limitações.

5.4 CATEGORIA 4 - CULTURA DE SEGURANÇA

Nesta categoria foram incluídos vinte e quatro estudos (13,5%) que abordavam sobre a cultura de segurança do paciente em hospitais de ensino, acreditados, filantrópicos, privados e de tratamentos contra o câncer; na atenção primária à saúde e domiciliar; em unidades de terapia intensiva, urgência e emergência, obstetrícia, núcleos de segurança; e perspectivas da equipe multiprofissional em saúde e trabalhadores da enfermagem.

Os estudos analisados na categoria, apresentavam suas publicações entre os anos de 2015 a 2021, no qual a maioria, empregou o método de estudos transversais. Esta observação pode ser um indicativo da preferência da comunidade científica por esta abordagem específica.

Todos os artigos selecionados para a construção desta categoria apresentando a sua importância ainda que em setores distintos das unidades hospitalares, demonstraram acerca da visão profissional de gestores e enfermeiros.

Os estudos 14, 58, 62, 63, 66, 70, 71, e 106 abordam em sua totalidade sobre a cultura de segurança, enfatizando a questão da avaliação como instrumento importante para uma assistência segura, visando o alcance de resultados satisfatórios aos pacientes, evitando que danos provenientes do cuidado ocorram.

O estudo 14 e 71 abordam sobre a avaliação da cultura de segurança e como os resultados são cruciais para a implantação de uma assistência segura, com destaque no aprendizado, abordagem não punitiva ao erro e melhoria contínua. Salientando que a melhoria dos indicadores na avaliação da cultura de segurança impactam na diminuição da ocorrência de eventos adversos e de infecção.

O artigo 98 e 106 apontam que a realidade nas organizações de saúde possui algumas particularidades que dificultam que os riscos sejam percebidos, como também o enfoque da segurança, requerendo maior atenção para algumas questões no estabelecimento da cultura da segurança do paciente, tais como: local de trabalho, a natureza multifatorial das situações que são responsáveis pelas falhas dos processos, comunicação inadequada, escassez de aprendizado organizacional, falta de comprometimento coletivo, jornadas de trabalho excessivas e recursos materiais insuficientes, a sensibilidade que o tema demanda, bem como o nível de complexidade do atendimento prestado.

O artigo 71 sugere que a avaliação da cultura de segurança de uma organização de saúde permite reconhecer as principais fragilidades que se encontram presentes na unidade hospitalar, propiciando a implementação de estratégias e ações que estimulem os gestores a deixarem para trás as práticas de punição quando há ocorrência de um evento adverso. E isso coopera para a promoção de um cuidado seguro, com o objetivo de alcançar resultados eficientes aos pacientes, impedindo dessa forma que os riscos de danos dispensáveis oriundos do cuidado em saúde ocorram, tornando a segurança do paciente uma prioridade nesses espaços.

Já o artigo 106 sugere que a avaliação da cultura de segurança é essencial porque a partir dela há uma interferência no cuidado prestado e, conseqüentemente, possibilita mudanças de conduta que implicará em uma cultura de segurança mais ativa nos serviços de saúde.

Os estudos 14, 58, 66 e 70 revelam que a avaliação da cultura de segurança nas organizações hospitalares propicia uma melhora do clima organizacional e traz impactos positivos ao ambiente de cuidados à saúde. E pode ser conhecida através da análise do clima de segurança. Esta se estabelece na avaliação temporal, que é alcançada com a aplicação de questionários validados que mensuram a percepção dos profissionais sobre segurança do paciente no seu ambiente laboral. E essa avaliação também evidencia as dimensões das instituições que carecem de investimentos, planejamentos, melhoria da gestão e assistência ao paciente que refletirão na redução dos eventos adversos, de acordo com o estudo 63.

Para isso, o artigo 58 destaca que é necessário que haja maior conscientização acerca da cultura de segurança do paciente e, para isso, as avaliações devem ser realizadas em intervalos periódicos permitindo uma comparação de percepção entre as diversas categorias profissionais e unidades laborais visando determinar as áreas que necessitam

de mais atenção dos gestores para implementação de planos de ações para sua promoção. E os estudos 37 e 54 inferem que é essencial que haja o envolvimento de toda a instituição para tornar a segurança do paciente uma prioridade durante o cuidado à saúde.

Nesta categoria os artigos analisados demonstraram que a avaliação da cultura de segurança do paciente é considerada como um instrumento positivo para uma oferta de cuidado proporcionando maior qualidade e mais segurança nos cuidados. Todavia, apesar da importância da avaliação para a segurança do paciente, boa parte das pesquisas realizadas sobre esse assunto foi observada em ambientes hospitalares. Diante disso, é necessário mais estudos específicos em diferentes áreas assistenciais relacionados a essa temática. Pois observou-se lacuna de estudos referente a avaliação da cultura de segurança, voltados para o âmbito do atendimento pré-hospitalar, unidades de pediatria e neonatologia e centro cirurgico.

Os estudos demonstraram que avaliar a cultura de segurança é uma forma eficaz de identificar que os riscos sejam percebidos, inclusive, nas áreas mais complexas dos cuidados que necessitam de melhorias. No entanto, as organizações de saúde apresentam desafios que dificultam a percepção do risco. Além disso, é necessário construir elementos que reconheçam a utilização da abordagem sistêmica para lidar com o erro superando a abordagem punitiva, dando sentido à cultura de segurança do paciente (Gama et al.,2022)

5.5 CATEGORIA 5 - CHECKLIST/ LISTA DE VERIFICAÇÃO

Nesta categoria foram identificados quinze estudos, correspondendo a (8,3%) dos artigos selecionados nesta revisão, publicados entre os anos de 2015 a 2021.

Os estudos incluídos desta categoria, em sua maioria, estão relacionados ao uso de checklist na cirurgia segura (46,6%), seguidos dos estudos direcionados ao uso do checklist no atendimento de emergência, lista de verificação no parto seguro e ao paciente gravemente enfermo.

Sobre a metodologia utilizada dos artigos aqui mencionados foram bem diversificadas indo desde pesquisa de campo, relato de experiência, estudo observacional, pesquisa metodológica, abordagem transversal, estudo experimental e estudo randomizado. Destacando que, destes, o tipo de pesquisa mais expressivo foi o estudo observacional.

Os estudos 28 e 129 enfatizam que o investimento na implantação de listas de verificação/checklist auxilia na melhoria da qualidade do cuidado. Esses instrumentos

reduzem a taxa de mortalidade e complicações nos campos da cirurgia e da medicina intensiva.

Os estudos 21, 28 e 73 destacam a relevância da implantação das metas de segurança do paciente e da lista de verificação, havendo otimização na comunicação entre os profissionais sobre os processos assistenciais e registro de informações referente a realização de procedimentos, demonstrando que o uso regular de uma lista de verificação promove um ambiente de comunicação eficaz, ainda hajam lacunas no que se refere ao uso de checklist no pré e pós-operatório em procedimentos cirúrgicos e em unidades de internação. O estudo 119 enfatiza que com a implantação de checklist constata-se uma considerável diminuição de infecções do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgia limpa.

Desse modo, o estudo 73 diz que a melhoria permanente das ferramentas de verificação de segurança em cirurgia é necessária para aumentar a sua eficácia e com base no conceito de que a segurança dos pacientes é o interesse de qualquer profissional de saúde, especialmente o da equipe cirúrgica, o uso do checklist pode promover e agregar ações para reduzir riscos no ambiente operacional, promovendo mudanças de atitudes dos trabalhadores da saúde. Como também, conforme sugere o estudo 21 propicia a otimização na comunicação entre os profissionais da equipe multiprofissional acerca dos processos assistenciais e registro de informações referente a realização do procedimento e que passam a integrar os dados do prontuário do paciente

O estudo 127 identificou através da análise de pesquisas uma tática metodológica desenvolvida para adaptar e validar um instrumento em forma de checklist para realização da cesárea segura. Com o emprego do checklist eles apontaram que este instrumento é imprescindível para a promoção da segurança cirúrgica na cesárea, podendo seu uso prático estender-se a outros serviços de saúde análogos no país.

Com relação ao parto, o estudo 129 sugere que para que haja o estabelecimento de uma condição favorável para a implantação e aderência da Lista de Verificação de Segurança no Parto é fundamental que seja assegurado o cumprimento das orientações da OMS para que se estabeleçam as estratégias de implantação, a participação das lideranças administrativas e clínicas em todo o processo de idealização até efetivação e avaliação do projeto e inclusão de toda a equipe multidisciplinar. Porém, para a efetividade da lista de verificação confirma-se a necessidade de abordar ininterruptamente os membros das equipes para assegurar sua utilização. Estabelecer metas entre os setores, como também, realizar as apresentações periódicas dos resultados positivos, como também relatar os problemas observados, representam estratégias relevantes para a melhor adesão do

documento. Além disso, destaca-se a melhoria do emprego de estratégias e tecnologias visando o fortalecimento da cultura de segurança na organização de saúde.

O estudo 36 mostra que o checklist para a segurança do paciente também tem se mostrado válido em emergências, pois norteia a avaliação, bem como, a execução de práticas seguras. Na prática assistencial da enfermagem, possibilita a identificação precoce de riscos, haja vista que, com sua aplicação possíveis eventos adversos podem ser evitáveis e assim possibilita realizar o direcionamento para adoção de medidas corretivas.

Já o estudo 145 afirma que a implementação de uma intervenção multifacetada de melhoria de qualidade com listas de verificação diárias, definição de metas e lembretes aos profissionais de saúde não diminuiu a mortalidade intra-hospitalar entre pacientes criticamente doentes tratados em UTIs no país.

Os artigos selecionados para esta categoria apontam para a importância desses instrumentos checklist para melhoria do cuidado e, por conseguinte, da cultura de segurança. Além disso, apontou grande relevância de aplicabilidade em centros cirúrgicos, com propósito de não apenas de manter um padrão, mas na rotina cotidiana nas organizações de saúde. O uso do checklist de cirurgia segura, contribui para seguir os padrões de segurança do paciente cirúrgico, pois permite o trabalho ativo em equipe na prevenção da incidência de eventos indesejados, reduzindo a morbimortalidade em cirurgias (Mafra; Rodrigues, 2018).

Os estudos apresentam de forma positiva o emprego do checklist e da lista de verificação como prática de vigilância para a cultura de segurança do paciente, tendo em vista que a aplicação deste tipo de instrumento contribui para a melhoria da comunicação entre as equipes, suscita discussões técnicas fundamentadas em evidências científicas, propiciando maior qualidade na assistência, sobretudo, em procedimentos cirúrgicos.

5.6 CATEGORIA 6 – PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS

A categoria em questão, composta por quinze artigos (8,3%) dos estudos selecionados, apresenta as percepções dos profissionais e foram publicados entre os anos de 2015 a 2021. Ao analisar os artigos revisados, evidenciou-se com maior frequência os estudos transversais.

Com base nas percepções sobre a segurança do paciente, verificou-se que nos estudos 27,60,61,80 e 165 apresentam-se os domínios com resultados positivos, que foram: percepção do estresse, satisfação no trabalho e clima de trabalho em equipe.

Já nos estudos 26, 27, 32, 60, 72, 80 e 149 evidenciaram-se as percepções que tratavam acerca dos fatores negativos sobre a segurança do paciente, a saber: a percepção do estresse, as condições de trabalho, a alta gestão hospitalar, e o clima de segurança.

No estudo 83, os profissionais com maior experiência tiveram melhor percepção da cultura de segurança; sendo justificado, na maioria dos casos, em decorrência destes terem maior responsabilidade ou ocuparem cargos de liderança em suas equipes. “A frequência de eventos notificados” teve maior percepção entre enfermeiros do que entre médicos e demais profissionais.

Nos estudos 02 e 147, na perspectiva de 284 profissionais de uma equipe multidisciplinar, as dimensões melhores avaliadas foram “expectativas e ações do supervisor/gestor que promoveram a segurança do paciente” (68%) e “aprendizado organizacional e melhoria contínua” (67%) e as que apontavam para necessidade de aprimoramento foram “resposta não punitiva ao erro” (20%). É indispensável que a gestão forneça os insumos e a estrutura que colaborem para tal assistência.

Já o estudo 157 sugere que a saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança dos pacientes foram marcadas por sofrimento e preocupação em decorrência de uma alta incidência de absenteísmo e presenteísmo resultante do adoecimento e da incapacidade dos trabalhadores; bem como, da necessidade de estabelecer a segurança dos pacientes através de uma assistência eficaz.

No que se refere à segurança do paciente crítico, o estudo 50 afirma que a assistência dos enfermeiros intensivistas demonstra que a segurança se dá por meio de uma vigilância e comunicação eficientes, com o estabelecimento de um ambiente seguro fundamentado na prevenção de riscos, com a utilização de guias e protocolos, trabalho em equipe, sendo de compromisso e responsabilidade.

Destaca-se que as percepções da gestão obtiveram avaliação negativa em todos os estudos. Este diagnóstico revela a necessidade de investir na transformação da cultura organizacional de acordo com as percepções apontadas nos estudos.

Esse fato pode indicar o distanciamento entre a equipe de saúde e a gestão. Nesse contexto, é necessário fortalecer o vínculo entre a gerência e a assistência. Estudo realizado com médicos e enfermeiras em Taiwan revela a importância da liderança de gestão e da sua influência no clima de segurança, sendo tal influência mediada pelo clima de trabalho em equipe (66,9%), pelas condições de trabalho (24,1%) e pela satisfação no trabalho (9,0%). (Weng et al.,2017). As autoras conluem sobre a importância do desenvolvimento de um sistema de gestão que possa facilitar a confiança

bidirecional entre a gestão e os trabalhadores.

Estudo realizado no Nordeste do Brasil aponta que condições de trabalho, a intensidade do trabalho em enfermagem, abordagem punitiva das trabalhadoras, realização de muitas tarefas de modo simultâneo, colocam em vulnerabilidade a segurança de pacientes e profissionais (Damascena et al.,2022).

5.7 CATEGORIA 7 – PROCESSOS FORMATIVOS

Os onze (6,1%) dos estudos representando esta categoria, foram publicados entre os períodos de 2013 a 2022, versavam sobre os processos formativos de ensino-aprendizagem no âmbito da segurança do paciente.

Nesta categoria foi possível identificar nos estudos analisados elementos relacionados aos processos formativos de enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem; nos âmbitos da residência multiprofissional e da pós-graduação em saúde; avaliação de projetos pedagógicos para o componente curricular de segurança do paciente nos cursos de graduação; e capacitação de enfermeiros em unidade de terapia intensiva. Os estudos sobre a formação de enfermeiros se mostraram com maior frequência na análise. Quanto ao método dos artigos analisados nesta categoria, os tipos de estudos descritivos e transversais foram identificados em sua maioria.

No que se refere ao processo de formação, no estudo 90, demonstrou que, estudantes de enfermagem atribuem ao tema segurança do paciente, observou-se que este representa a redução de danos; assegurar a integridade do paciente, familiares e profissionais de saúde e promover a saúde através do conhecimento adquirido durante a formação inicial e a prática. Todavia, os discentes avaliados apresentaram lacunas do conhecimento sobre o tema que na prática comprometem o desenvolvimento da segurança do paciente, a exemplo de achar que a segurança do paciente se restringe ao ambiente hospitalar, quando se preconiza que toda unidade de saúde prime pela segurança do paciente- tanto na sua formação como no exercício da profissão.

O estudo 150, observou-se que em 109 estudantes de graduação de enfermagem (68,8%) e medicina (31,2%) aponta que a maior parte desses alunos obteve aprendizado formal sobre segurança do paciente. O estudo concluiu que os alunos demonstraram serem capazes de relacionar alguns dos aspectos pesquisados sobre o tema segurança do paciente com a experiência vivida durante os estágios curriculares.

No estudo 96, uma análise sobre a formação de enfermeiros atuantes em UTI para o manejo de hemodiálise contínua, tendo em vista a segurança do paciente, observou-se

fragilidades na formação destes que se expressam na falha que promovem dificuldades no manuseio da hemodiálise com potencial de erros a serem cometidos por estes profissionais; sendo necessário promover o aprimoramento de um programa de treinamento para esta modalidade com o intuito de habilitar adequadamente este profissional, aprimorando o seu desempenho.

No que se refere à formação dos técnicos de enfermagem quanto à segurança do paciente, o estudo 87 verificou-se lacunas importantes quanto ao conteúdo, identificando-se uma abordagem superficial, esporádica e desconexa, havendo a necessidade de universalizar o tema segurança do paciente interligando-o com os demais saberes.

O estudo 135, ainda sobre formação, através de uma pesquisa realizada com profissionais de enfermagem sobre farmacovigilância apontou diferenças estatísticas significativas entre as variantes (formação profissional, função exercida na instituição e a idade dos profissionais) e os escores de conhecimento em farmacovigilância.

A partir das residências multiprofissionais em saúde, o estudo 85, destacou-se que o conhecimento dos residentes pesquisados sobre segurança do paciente foi mediano, com exceção dos residentes da área da enfermagem, que superou as demais profissões, apresentando-se melhor capacitada para liderar ações de gestão estratégica. Antagônicos a este processo, configuraram-se os residentes em odontologia e farmácia, sendo recomendado um replanejamento no que diz respeito às atividades de ensino-aprendizagem pertinentes à segurança do paciente.

O estudo 146, foi realizado com o intuito de avaliar um programa na modalidade em EAD sobre Formação em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente - da Fundação Oswaldo Cruz - observou-se que seus usuários (profissionais de nível superior da área de saúde atuando em hospitais) passaram a reunir os conhecimentos adquiridos na prática profissional; bem como a estudar e pesquisar temas pertinentes à segurança do paciente e a registrar a ocorrência de erros na prática do cuidado; tendo também como resultado a ampliação da implantação de protocolos de segurança do paciente em hospitais.

Assim, o que se pode observar nos estudos selecionados é que a segurança do paciente enquanto disciplina precisa ser melhor estabelecida ainda na formação dos profissionais de saúde, tanto no que diz respeito a formação técnica, na graduação, como na formação sob forma de residência e especializações, tendo o seu currículo interconexões com as diferentes áreas do conhecimento para que esses profissionais possam estar habilitados, aliando a teoria com a prática.

Nesse contexto, compreende-se que práticas de ensino baseadas em processos

formativos de ensino/aprendizagem/avaliação incorporadas à educação interprofissional podem favorecer as competências de estudantes e profissionais, partilhar com a gestão e proporcionar assistência segura nos cuidados centrado aos pacientes e à comunidade. (Urbanetto; Bandeira; Figueiredo, 2021,p.74)

Verificou-se que os profissionais de enfermagem foram os que apresentaram melhor desempenho acerca desse componente, sendo atribuído este aspecto ao fato.

Os enfermeiros representam 59% da força do trabalho em saúde, realizam estudos sobre gestão e praticam em processo de formação o processo do trabalho em saúde dos enfermeiros é assistencial/gestão, portanto, mantendo-os próximos dos pacientes e dos processos de gestão do trabalho (Organização Mundial de Saúde, 2020). Todos intimamente relacionados com a segurança do paciente. Assim, o que observamos através dos estudos que constituíram essa categoria, os autores chamam a atenção para o conhecimento dos profissionais de saúde que culmine na formação para uma prática assistencial segura.

5.8 CATEGORIA 8 – PROGRAMAS INSTITUCIONAIS

Nesta categoria, onze (6,1%) artigos foram analisados nos quais, alguns dos estudos estão focados na relevância sobre a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil (65, 74, 78 e 92), já outros estudos (04,44,46,88,95,102 e 132) pontuam os programas institucionais específicos nas organizações de saúde tais como: sistemas de notificação, programa de melhoria e qualidade da assistência e programa de simulação de segurança. Os artigos analisados, em sua maioria, desenvolveram-se sob o desenho de estudos observacionais.

O estudo 65, revela que, na última década uma diversidade de regulamentações foi publicada pela ANVISA relacionadas à segurança do paciente, além das ações sanitárias. Essas ações resultaram na criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em 2013, seguido de outros avanços em saúde, como monitoramento de incidentes, vigilância e autoavaliação de práticas seguras. Inclusive, identificaram e analisaram os marcos legais e regulatórios com interconexão com a segurança do paciente, levando em consideração a trajetória histórico-política da Segurança do Paciente no Brasil.

O estudo 92, aponta que a segurança dos cuidados tornou-se uma prioridade internacional. Isto se deve ao fato de que os serviços de saúde fragilizados restringem o progresso na melhoria da saúde, evidenciando que o Programa de Segurança do Paciente

traz importante contribuição para esta problemática.

O estudo 04 apresenta a importância da temática para a qualidade assistencial, o Ministério da Saúde apontou a necessidade de suporte para a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, bem como, apresentou a importância de fortalecer a cultura de segurança do paciente, adotando a metodologia de projetos de melhoria. Posteriormente, foi elaborado um projeto denominado de ‘Projeto Paciente Seguro’ (PPS). O mesmo seguiu a linha de desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde, visando cooperar com ações voltadas à segurança do paciente em organizações de saúde do SUS no país, tendo como alicerce a metodologia de projetos de melhoria em saúde. Fica evidente a relevância da implantação de programas como este, pois a partir da avaliação feita, as metas prioritárias são direcionadas.

Assim o estudo 102, enfatiza que a implantação de programas ou métodos que viabiliza a melhoria da segurança na assistência ao paciente, exige mudança de cultura. As auditorias internas são consideradas mecanismos de diagnóstico da realidade sendo, por isto, importantes, tendo em vista que oportunizam o conhecimento de fragilidades e pontos fortes da instituição de saúde, direcionando de modo objetivo o desenvolvimento de ações de melhoria.

O estudo 74 e 95 enfatiza sobre a necessidade da criação de um sistema nacional de notificações sobre incidentes como fundamento para um programa de segurança do paciente. Além de estudos que visam o desenvolvimento de uma política de segurança em simulação (PSE) para apontar os riscos de segurança e refletir sobre a experiência como um serviço de simulação translacional ocupado em uma grande instituição de saúde.

O estudo 132, referente à implementação de um Programa Melhoria da Qualidade, proposto *pelo Institute for Healthcare Improvement*. A partir da implantação do programa observou-se uma diminuição no tempo médio gasto pelo profissional tanto no preparo quanto na administração de medicamentos sólidos via sonda nasoesofaríngea nas duas etapas. Bem como, foi evidenciado que as frequências de sondas obstruídas caíram na primeira fase e na segunda fase nenhuma sonda apresentou-se obstruída. O que resultou em economia de tempo para a equipe de enfermagem e de custo para a instituição e, conseqüentemente, na segurança do paciente.

No estudo 132, também revela que, o impacto do Programa de Segurança do Paciente relacionado à melhoria da qualidade dos indicadores (frequência de sondas nasoesofaríngeas obstruídas, tempo despendido pela equipe de enfermagem no preparo e na administração de medicamentos orais por essa via, e custos associados ao incidente.

O estudo 46, indica outro ponto que é importante priorizar nas instituições de saúde, o desenvolvimento de um plano de segurança do paciente, um sistema para gerenciamento de riscos e incidentes, como também, a implementação de protocolos de segurança, ainda que obrigatório, muitas organizações ainda não cumprem a essa normativa.

A partir dos estudos elencados nesta categoria, observou-se que o programa de segurança do paciente deve ser disseminado nas diversas organizações que constituem o sistema de saúde em todos os estados federativos com o intuito de reforçar a implantação do PNSP intensificando nas organizações de saúde públicas, filantrópicas e privadas.

Sob essa ótica, pode-se considerar que os estudos apresentaram a importância da implantação do Programa de Segurança do Paciente. Sendo assim, capazes de alcançar melhoria da segurança na assistência ao paciente, que objetivam a prevenção de erros e falhas nos serviços assistenciais. Entretanto, os artigos que compuseram essa categoria, demonstraram lacunas referentes à construção de políticas de saúde voltadas para a segurança do paciente, no intuito de garantir a segurança nos cuidados. Nesse sentido, salienta-se a atenção aos governos em estabelecer critérios que, a segurança do paciente esteja integrada nas políticas e programas nacionais de saúde, para o desenvolvimento de estratégias, visões e políticas de segurança capazes de constituírem leis e regulamentos que as obrigue com o cumprimento e a responsabilidade das organizações de saúde com a segurança do paciente.

5.9 CATEGORIA 9 - GESTÃO DE RISCOS/ GESTÃO DA SEGURANÇA

A presente categoria é constituída por 10 artigos (4,9%), com publicações de 2013 a 2021, que abordam sobre a gestão de riscos como forma de garantir a segurança do paciente, tais como: as medidas de prevenção dos riscos, iniciativas de segurança obtidas com os gerentes de risco; ações de supervisão, avaliação, controle e investigação dos processos ante à notificação dos EAs, instrumentos de gestão; assistência pré-hospitalar; protocolos de segurança do paciente em pronto atendimento, gerenciamento de flebotomia. Observou-se nas publicações que os estudos de caso e o do tipo descritivo surgiram com maior frequência.

O estudo 120 enfatiza que existem várias medidas de prevenção dos riscos associadas à assistência e à melhoria da qualidade em saúde e, para isto, tem-se a implementação de uma adequada gestão de riscos, com as seguintes iniciativas: educação permanente, a busca ativa e o monitoramento de EA. Os estudos 75 e 159

destacam ainda sobre a importância das ações de supervisão, avaliação, controle e investigação dos processos ante à notificação dos EAs, além da implementação de estratégias que abranjam a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade e a não fragmentação dos processos para as melhores as práticas continuamente. Considerando que, alguns instrumentos de gestão de risco padronizados podem favorecer da implantação de planos terapêuticos, protocolos, metas de atendimento clínico e multidisciplinaridade. Compreendendo que falhas são geralmente causadas por problemas sistêmicos, como também, encarar os erros como oportunidades de melhoria, são questões que têm grande influência no clima de segurança do paciente.

Na área de urgência e emergência, o estudo 125 identificou os riscos à segurança do paciente no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de uma cidade do Rio Grande do Norte e chegaram a conclusão que estes são: especificidades do trabalho no atendimento pré-hospitalar móvel; risco de infecção; dificuldades no acondicionamento de equipamentos e materiais; dificuldades na administração de medicamentos e risco de traumas. Já o estudo 156 evidenciou a fragilidade dos processos de trabalho em relação à segurança dos usuários em atendimento nas UPA (Unidade de Pronto Atendimento), onde foi perceptível a necessidade da implantação, nessas unidades, de ações básicas de prevenção aos riscos e essenciais, através de normas e rotinas institucionais, conforme a realidade local.

O estudo 18 realizou uma investigação sobre a execução de atividades referentes ao monitoramento da ocorrência de flebite e aos cuidados com AVP (Acesso Venoso Periférico). Salientando que o monitoramento é realizado a partir de notificações eletrônicas, que são diariamente registradas por qualquer profissional que atua na instituição através de um software de incidentes em saúde e queixas técnicas, entre estes, o evento adverso flebite, observou-se que este incidente é constantemente associado ao uso de algumas drogas. Todavia, existem cuidados específicos essenciais no preparo e administração dos medicamentos para prevenção de complicações locais como a flebite, bem como a avaliação corriqueira do cateter intravenoso.

A literatura científica destaca o desenvolvimento do gerenciamento de riscos em diferentes contextos na área da saúde visando fortalecer o clima de segurança através da gestão de riscos, com o objetivo em reduzir os riscos nos serviços ofertados.

Este estudo demonstra a necessidade de aprofundar na gestão de risco como processo de avaliação continua considerando a importância do processo de trabalho, devendo respeitar a intersectoralidade em saúde, visto que a gestão da segurança é uma

ferramenta complexa, no qual deve ser alcançada impulsionando segurança aos envolvidos, desde os trabalhadores da saúde até os pacientes assistidos nos serviços de saúde. Portanto, os gestores necessitam cumprir obrigações de implementá-la a partir dos núcleos de segurança do paciente, para reduzir os riscos relacionados a assistência em saúde e investigar os recursos e condições do ambiente de trabalho.

Destaca-se que não houve registro de estudos publicados sobre a gestão de risco e a atuação dos núcleos de segurança do paciente. Visto que dentre as atividades do Núcleo de Segurança, conforme RDC 36/2013 (Brasil, 2013), o “NSP deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no PSP (Plano de Segurança do Paciente), envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde.”

5.10 CATEGORIA 10– CONDIÇÕES DE TRABALHO

Para a construção desta categoria, foram analisados seis estudos (3,3%) que abordavam sobre carga de trabalho e a relação da Síndrome de Burnout com a segurança do paciente. Os estudos analisados apresentavam publicações entre os anos de 2013 a 2022, em sua maioria foi composta por estudos do tipo observacionais.

Os estudos 06, 55, 68, 113, 155 e 161 (Todos os autores dessa categoria) são unânimes em abordar sobre a temática em questão. Porém, os estudos 06, 55, 68 e 155 tratam especificamente da relação entre as condições de trabalho e o surgimento do Burnout e os estudos 113 e 161 abordam sobre o aumento da gravidade de pacientes e sobre a carga de trabalho de enfermagem e a correlação com uma maior incidência de eventos adversos em pacientes internados em UTI e acerca da carga de trabalho da equipe de enfermagem e sua relação com a segurança do paciente, em unidades de internação das áreas clínica e cirúrgica.

O estudo 55 afirma que o estresse ocupacional prevalece em trabalhadores de saúde que possuem elevada exigência no trabalho, isto é, com altas demandas psicológicas e baixo controle sobre suas tarefas. Essa situação aponta para o fato de que esses profissionais estão com sua saúde em risco como implicação das suas atividades laborais. Agregado a isso, fatores tais como: cansaço, desgaste emocional e a ansiedade, vivenciados pelos profissionais, podem deixá-los vulneráveis ao adoecimento relacionado ao trabalho. Em vista disso, constata-se os profissionais de saúde com síndrome de Burnout e estresse ocupacional consideram a cultura de segurança negativa. Assim, observa-se que os gestores das instituições de saúde devem investir em melhores condições de trabalho, e em ambientes saudáveis para o trabalhador, pois, investir na

saúde do trabalhador representa investir na segurança do paciente.

O estudo 68 evidenciou que existe a influência de todas as esferas da segurança do paciente para o desenvolvimento da síndrome de burnout em profissionais pediátricos. Identificando, ainda, que o clima organizacional é o principal determinante do burnout, sobretudo, no que se refere ao trabalho em equipe entre as unidades.

O estudo 155, com relação entre os sintomas depressivos, burnout, satisfação no trabalho e cultura de segurança, evidenciou que o cotidiano do trabalho e sua conexão com a satisfação de vida é um relevante fator de proteção psicossocial ao surgimento do Burnout, como também aos sintomas depressivos. Assim, tais achados destacam a força e a importância do planejamento de metas organizacionais focalizando na disponibilidade ou no imprevisto dinâmico dos recursos laborais, abrangendo os recursos pessoais dos profissionais. De acordo com os dados desse estudo, planejar a estratégia de qualquer instituição de saúde com foco único nas exigências, sem considerar os recursos de trabalho que são estimuladores do desempenho, significa intensificar a chance de ocorrências de desgastes de energia sem condições físicas e psíquicas adequadas, ou, seja, dando espaço para o surgimento do Burnout.

No que diz respeito a relação entre a incidência de EA e a carga de trabalho de enfermagem, o estudo 113 destaca que na instituição de saúde estudada, não foi estatisticamente significativa. Pois, o fato de a ocorrência de EA na UTI ter sido mensurada diariamente pelos participantes da pesquisa pode ter influenciado positivamente na prevenção desses EA. Porém, os achados do estudo 161 apontou que há uma associação expressiva entre a carga de trabalho da equipe de enfermagem e a ocorrência de eventos adversos, e estes estão relacionados a infecções originadas a partir do cateter venoso, quedas do leito, absenteísmo e rotatividade de profissionais. Destacam que o aumento do número de pacientes designados para cada enfermeiro, ou auxiliar/técnico de enfermagem, amplia o índice desses indicadores, impactando negativamente a segurança do paciente. Isso mostra que as condições de trabalho podem afetar o rendimento dos profissionais de saúde que refletirá na cultura de segurança do paciente inclusive favorecendo o erro.

Sendo assim, esses fatores, quando as condições de trabalho são irregulares para atender as particularidades de acordo com a necessidade do paciente, os profissionais de enfermagem necessitam adequar de recursos improvisados para suprir aqueles não disponíveis, exercendo suas funções com equipamentos, materiais, insumos e espaços improvisados, ao mesmo ritmo em que realizam múltiplas atividades, e prestam a assistência em mais pacientes do que são capazes. Tudo

isso aponta para subsídios de risco, para a produção de erro no trabalho em enfermagem (Santos, 2018).

No cotidiano do cuidado, principalmente no que diz respeito às situações estressantes, atividades intensas, diante da carga excessiva de trabalho e síndrome de burnout enfrentadas por esses profissionais, é necessário que ações voltadas para melhoria das condições de trabalho sejam implantadas nas organizações de saúde, no intuito de evitar que profissionais fiquem vulneráveis às condições precárias de trabalho e ao adoecimento, garantindo o cumprimento da segurança do paciente no ambiente de trabalho e proteção à saúde do trabalhador.

Nesse sentido, esses fatores devem ser considerados um fenômeno estrutural, este ser analisado de acordo com o contexto das condições de trabalho, nas alterações das estratégias organizacionais, na diversidade e na multiplicidade de tarefas laborais desenvolvidas (Gama et al, 2022).

5.11 CATEGORIA 11 – TECNOLOGIAS

A presente categoria abrange um total de 4 publicações (2,2%), verificou-se que as pesquisas concentravam-se sobre a implantação de sistemas informatizados, adaptação e avaliação de programas de software de segurança nas organizações de saúde. Os estudos que compuseram esta categoria foram realizados entre o período de 2013 a 2020, e tendo sido aplicado o método de estudo híbrido que combinou produção tecnológica, estudo metodológico, relato de experiência e observação.

O estudo 142 voltou-se para ampliação de sistemas de alerta de acordo com os Indicadores de Segurança do Paciente da AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) e os Indicadores de Qualidade da Enfermagem da AACN (Advanced Critical Care) já que se configuram como uma estratégia voltada para a promoção da qualidade dos cuidados e a segurança do paciente em UTI. Segundo este estudo, os sistemas de alerta são tecnologias eficientes que dão suporte aos enfermeiros para prevenção da ocorrência de danos e EA. Consistem em um recurso informatizado contínuo que propicia a segurança do paciente, instiga o raciocínio e o julgamento clínico e apoia a tomada de decisão dos profissionais em UTI.

O estudo 57 abordou acerca da construção e implantação do Safety Huddle eletrônico e sua contribuição para agilizar a detecção e distribuição das ações, como também solicitar a integração entre os grupos de trabalho. Assegurando o empoderamento e a responsabilização dos profissionais que atuam na linha de frente do

cuidado para prever e/ou identificar os problemas referentes à segurança do paciente e enfrentá-los a partir de um plano de ação erigido coletivamente. O estudo supracitado constatou que para estruturação e implementação de ações direcionadas à garantia da segurança do paciente e divulgação do sistema de notificação voluntária de incidentes, é primordial que haja o envolvimento da alta liderança das instituições de saúde.

Já o estudo 29 adaptou o instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) para o âmbito brasileiro e legitimar um programa computacional com o intuito de coletar e analisar os dados em unidades hospitalares com tipos de gestão distintas. Com a realização dos ajustes do modelo foram observados índices na análise fatorial confirmatória adequados confirmando a confiabilidade e a validade desta tecnologia, com propriedades psicométricas apropriadas para avaliar a cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares no Brasil.

Por fim, o estudo 172 sugerem que apesar da HM ser uma intervenção simples, o emprego de novas tecnologias para medir e melhorar a conformidade são muito relevantes. Porém, geralmente é necessário a contribuição das equipes multidisciplinares para planejar e implementar intervenções em unidades hospitalares.

No que diz respeito às novas tecnologias, é essencial que os hospitais avaliem cuidadosamente a tecnologia a ser utilizada antes de fazer um investimento significativo. Foi evidenciado que apesar das tecnologias apresentadas nesta categorias serem distintas, significa buscar por avanços e inovações pela segurança dos pacientes e otimização no processo de trabalho em saúde, fortalecendo a vigilância aos erros.

Diferentes Tecnologias, métodos e estratégias são incorporadas para minimizar os incidentes, pois têm um impacto financeiro e social significativo nos serviços de saúde, para os profissionais e inclusive aos pacientes e familiares.

Investir em tecnologia para melhorar a estrutura nos ambientes de trabalho e a segurança de pacientes é uma ação que envolve negociação, analisando os custos decorrentes dos erros assistências. Tais investimentos podem oferecer o cuidado seguro ao paciente, reduzindo o tempo de internação, além de equilibrar a força de trabalho no processo dos cuidados (Cassiani; Gimenes; Monzani, 2017).

5.12 CATEGORIA 12 – DIREITO À SAÚDE

Para a construção desta categoria foram analisados o total de dois estudos (1%) que discutem sobre o Direito à saúde e à segurança do paciente enquanto direitos fundamentais no país, publicados em 2019 e 2022, sendo um estudo de reflexão, enquanto

que o outro artigo analisado não especificou o tipo do estudo aplicado.

O estudo 01 (ênfatisa que o direito à saúde deve ser fundamentado na concretização dos direitos fundamentais e na qualidade dos sistemas de saúde que o ente federativo deve oferecer. Portanto, a segurança do paciente é uma característica da qualidade do cuidado em saúde e um aspecto que precisa ser ressaltado pelas áreas do direito. No território nacional, existe uma lacuna legislativa acerca da segurança do paciente, pois ainda em muitas situações, as medidas de segurança, não são obedecidas nas organizações de saúde.

Isso ilustra para a necessidade do PNSP ser definido de modo que regulamente suas obrigatoriedade através do cumprimento de leis, como garantia da segurança nos cuidados. O estudo acima citado destaca que o direito pode ser estimado como um mecanismo essencial para o progresso e para a efetivação dos cuidados de saúde com qualidade e segurança, tendo em vista que a lei é o mais forte instrumento de intervenção social, fazendo necessário e urgente a busca por uma legislação exclusiva no Brasil.

Já o estudo 13 aponta que a violação aos direitos dos usuários deveria estar inserida na lista de pontos de atenção do PNSP, com o intuito de promover um trabalho que se avalia essencial para as instituições hospitalares brasileiras, tendo em vista que não é possível o alcance de atuação legítima e integral sem respeitar os direitos básicos dos usuários da saúde.

Os estudos destacaram conceitos sobre os aspectos jurídicos da segurança do paciente e visam sensibilizar para a importância de reduzir os riscos e melhorar a segurança dos cuidados de saúde nas organizações de saúde. As leis e normas do Sistema Único de Saúde garantem o direito aos cuidados de saúde seguros, que é um dos direitos fundamentais do paciente, mas estes não têm sido cumprido nas organizações. Os direitos do usuário necessita de avanços para o fortalecimento do PNSP do Brasil, no qual obrigaria as organizações de saúde, garantir o respeito desses direitos ao paciente (Behrens, 2019).

Verificou-se que ainda são escassos e iniciais os estudos publicados sobre os direitos do usuário no âmbito da segurança do paciente. Diante disso, ressalta-se para a necessidade da comunidade científica explorar o desenvolvimento de pesquisas acerca deste tema.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa permitiu a construção da síntese do conhecimento da produção científica nacional acerca do tema Segurança do Paciente, revelando especifica e transversalmente sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil nas organizações de saúde desde sua implementação em 2013 até 2022. A partir dessa análise e das categorias temáticas encontradas no corpus deste estudo, o que as publicações revelam sobre a implementação do PNSP, foram identificados 178 estudos, cuja análise temática do corpus deste estudo revelou 12 categorias, a saber: Metas de Segurança, Avaliação da Segurança, Eventos adversos, incidentes e erros, Cultura de segurança, Programas Institucionais, Checklist/ Lista de Verificação, Processos Formativos, Percepções dos Profissionais, Gestão de Riscos/ Gestão da Segurança, Condições de Trabalho, Tecnologias, Direitos à Saúde. Do ponto de vista dos tipos de desenhos de estudos, destacam-se os transversais, observacionais e descritivos.

Desde da implantação do PNSP no Brasil que as organizações de saúde vêm construindo a cultura de segurança em seus espaços. Contudo, os estudos analisados reconhecem que ainda é necessário avançar mais para as práticas de segurança nas organizações de saúde. Embora seja relevante, pois, muitos são os fatores ligados com as condições de trabalho fragilizadas, que dificultam o cumprimento das ações de segurança implementadas pelo PNSP desde 2013 nas organizações de saúde, capazes de impactar na realização de práticas seguras, onde é perceptível que os cuidados são inseguros e os erros no ambiente de trabalho ainda ocorrem.

Diante disso, a necessidade de manter a força de trabalho da enfermagem, no cotidiano está associado com o domínio de rendimento, visando interesses do mercado financeiro na área da saúde, que demanda a intensidade do trabalho, para cumprir as exigências das organizações de saúde, que introduzem políticas e padrões de gerenciamento da assistência distante do funcionamento para a realização do trabalho seguro.

As organizações de saúde devem fomentar o aprimoramento da segurança nos cuidados. Inclusive, dispor por melhores condições laborais, como recursos humanos, flexibilidade de carga horaria, descanso digno, dimensionamento de profissionais suficientes para o quantitativo de pacientes, como também, de acordo com os níveis de complexidade. Sendo assim, a partir dessas ações estabelecidas em prática, os profissionais tem a possibilidade de estarem aptos para exercer as ações proposta pelo PNSP nas organizações de saúde, garantindo a redução de erros e falhas na assistência.

Além disso, é essencial investir no desenvolvimento de mais pesquisas a respeito desta temática. Considera-se que, futuras pesquisas nessa área são fundamentais para compreender e lidar com os desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem, permitindo avanços para uma assistência mais segura.

Espera-se que este estudo contribua para que a comunidade científica perceba o perfil dos estudos sobre a segurança do paciente, especificamente sobre o PNSP e, com isso, possa planejar estudos futuros que contribuam para preencher as lacunas do conhecimento sobre essa temática e os desafios que ela lança sobre o ambiente de trabalho e os/as trabalhadores/as.

Do mesmo modo, este estudo poderá alcançar os serviços de saúde, contribuindo para o reconhecimento de ações concretas e positivas que induzem a transformação e o progresso a respeito da segurança do paciente no processo de trabalho em saúde, ajudando a fortalecer o PNSP, através de iniciativas para a construção de políticas de segurança do paciente, que reconheça o contexto e os desafios como o trabalho é enfrentado, preservando a vida e a saúde de pacientes e trabalhadoras/es da saúde do país.

REFERÊNCIAS

AGODI, Antonella et al. Epidemiology of intensive care unit-acquired sepsis in Italy: results of the SPIN-UTI network. **ANNALI DI IGIENE MEDICINA PREVENTIVA E DI COMUNITÀ**, v. 30, n. 5, p. 15-21, 2018.

AKOLOGO, Alexander; ABUOSI, Aaron Asibi; ANABA, Emmanuel Anongeba. A cross-sectional survey on patient safety culture among healthcare providers in the Upper East region of Ghana. **Plos one**, v. 14, n. 8, p. e0221208, 2019.

ALMEIDA, Lucas. Núcleo de Segurança do Paciente: dimensão fundamental da qualidade da saúde. 2020. **RevistaNexto** (online). Disponível em: <https://nexus.com/nucleo-de-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

ANDERSON, Rebecca J. Florence Nightingale: the biostatistician. **molecular interventions**, v. 11, n. 2, p. 63, 2011.

ANDRADE, Alane Martins et al. Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 8, n. 4, p. 37-46, 2020.

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 161-172, 2018.

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima de. **Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após implantação do Programa Nacional de segurança do Paciente**. Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 122f., 2016.

ANVISA. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs. Acesso em 09set 2021.

ANVISA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.

BAKER, G. Ross et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **Cmaj**, v. 170, n. 11, p. 1678-1686, 2004.

BARDLON, Lawrence. **Análise de conteúdo**. 71.ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASSON, Tom et al. Improving patient safety culture: a report of a multifaceted intervention. **Journal of patient safety**, v. 17, n. 8, p. e1097-e1104, 2021.

BEYEA, Suzanne C.; NICOLL, Leslie H. Administration of medications via the intramuscular route: an integrative review of the literature and research-based protocol for the procedure. **Applied nursing research**, v. 8, n. 1, p. 23-33, 1995.

BEVILAQUA, Aline Oliveira. Segurança do Paciente: desafios e metas no atendimento. **Revista IESP** (Online), <https://www.iespe.com.br/blog/seguranca-do-paciente-desafios-e-metas-no-atendimento/>. Acesso em: 25 mar. 2022.

BOECHAT, Jaqueline.; GOMES, Haendel. **Ignaz Semmelweis: as lições que a história da lavagem das mãos ensina.** 2020. Casa de Oswaldo Cruz, Notícias. Disponível em: <http://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1771-ignaz-semmelweis-as-licoes-que-a-historia-da-lavagem-das-maos-ensina.html>. Acesso em: 28 deset. 2021.

BRANDÃO, Maria Girlane Sousa Albuquerque; BRITO, Odézio Damasceno; BARROS, Livia Moreira. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, 2018.

BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde.** 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública.** 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 01 dez. 2021.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 529, de 1 de abril de 2013a.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 29 deset. 2021.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013b.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Órgão Emissor: ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 29 deset. 2021.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Glossário temático: Sistema de Planejamento,**

Monitoramento e Avaliação das Ações em Saúde (Sisplam). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 (Série A.Normas e Manuais Técnicos).

BROOME, Marion E. et al. Integrative literature reviews for the development of concepts. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.** Philadelphia (USA): WB Saunders Company, p. 231-50, 2000.

CALDAS, Bárbara do Nascimento et al. **Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em hospitais públicos: uma avaliação qualitativa.** 2017. Tese de Doutorado.

CALIL, Thais. **Florence Nightingale, o Diagrama da Rosa e o impacto visual.** 2018. Disponível em: <<https://medium.com/geo-tech/florence-nightingale-o-diagrama-da-rosa-e-o-impacto-visual-6f0e1fe5844d>>. Acesso em: 30 out. 2022.

CÂMARA, Janaína de Jesus Castro et al. **Cultura de Segurança do Paciente na ótica da Enfermagem em uma unidade de transplante renal.** Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, 106 f., 2016.

CAMPANA, Álvaro Oscar. Metodologia da investigação científica aplicada à área biomédica: 2. Investigações na área médica. **Jornal de Pneumologia**, v. 25, p. 84-93, 1999.

CAPUCHO, Helaine Carneiro; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 791-798, 2013.

CARVALHO, Talita de. **Saúde Pública: um panorama do Brasil.** 2018. Disponível em: <https://www.politize.com.br/panorama-da-saude/>. Acesso em: 03 nov.2021.

CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli; GIMENES, Fernanda Raphael Escobar; MONZANI, Aline Aparecida Silva. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. **Rev. eletrônica enferm**, 2009.

COOPER, Harris M. **Integrating research: A guide for literature reviews.** Sage Publications, Inc, 1989.

COSTA, Daniele Bernardi da. **Cultura de Segurança do Paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares.** Dissertação [Mestrado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP, Ribeirão Preto, SP, 97f, 2014.

CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida et al. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2018.

COSTA, Theo Duarte da et al. Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 37, 2016.

DAMASCENA, Dhuliane Macêdo et al. Determinantes na produção de erro no

trabalho em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, 2022.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Adverse events and safety in nursing care. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, p. 144-154, 2015.

DAMASCENA, Dhuliane Macêdo. **Condições de produção de erro no trabalho em enfermagem**. 134f. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/ Programade Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Salvador, 2021.

FELDMAN, Liliane Bauer. O enfermeiro analista de risco institucional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, p. 742-745, 2004.

FERRAZ, D. P. F. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2015.

FERREIRA, Juliana Carvalho; PATINO, Cecilia Maria. Tipos de desfecho em pesquisa clínica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 43, p. 5-5, 2017.

FREITAS DE SOUZA, Rute. Francisca., & DOPICO DA SILVA, Lolita. (2014). Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. [Exploratory study of patient safety measures at hospitals in Rio de Janeiro]. **Revista Enfermagem UERJ**, 22(1), 22–28. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerrj/article/view/11399>

GALE, Arthur. John Wennberg, MD: o médico influente que culpa os médicos e a medicina remunerada pelo alto custo dos cuidados de saúde. **Mo Med**. v.113, n.3, p.156-8, may-jun., 2016.

GAMA, Daniely Oliveira Nunes et al. Caracterização da produção científica sobre erro no trabalho em saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE003562, 2022.

GAMA, Zenewton André da Silva; OLIVEIRA, Adriana Catarina de Souza; HERNÁNDEZ, Pedro Jesus Saturno. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 283-293, 2013.

GANONG, Lawrence H. Integrative reviews of nursing research. **Research in nursing & health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GREENHALGH, Trisha (1997), “Papéis que dizem o que as coisas costumam (análises econômicas)”, **British Medical Journal**, 315 (<http://www.bmj.co.uk/bmj/archive/7108ed2.html/>, Acesso em 17 de mar. 2022.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.

JACKSON, Gregg B. Methods for integrative reviews. **Review of educational research**, v. 50, n. 3, p. 438-460, 1980.

JESUS, Jailza Fernandes de et al. A precarização do trabalho da enfermagem: uma reflexão do cenário atual. 2019.

JORGE, Carlos Calhaz. About the 20 years of Cochrane collaboration. **Editorial. Acta Obstet. Ginecol. Port.**, v.7, n.4, p.239-40, 2013.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL .Site institucional. Acesso em: 30 de Out.2023. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/about/jci/jciaccreditedorganizations/?a=Hospital%20Program>.

KHOSHAKHLAGH, Amir Hossein et al. Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. **BMC health services research**, v. 19, n. 1, p. 1-14, 2019.

LAPA, Reginaldo Pedreira. **Ato Inseguro ou Erro Humano?** Como tratar o Ato Inseguro na prevenção de incidentes. Rio de Janeiro, 2017.

LEAL, Juliana Alves Leite; MELO, Cristina Maria Meira de. The nurses' work process in different countries: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 413-423, 2018.

LEE, Seung Eun et al. Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: a literature review. **Western journal of nursing research**, v. 41, n. 2, p. 279-304, 2019.

NETO, Alcides Viana de Lima et al. Produção científica em saúde coletiva pós-implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, p. <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/11671>-<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/11671>, 2021.

MAIA, Christiane Santiago et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017320, 2018.

MAFRA, Claudia Rodrigues; MCS, Rodrigues. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Uma revisão integrativa sobre benefícios e sua importância. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 1, p. 268-275, 2018.

MALLET, Ana Luisa Rocha. Qualidade em saúde: tópicos para discussão. **Revista da SOCERJ**, v. 18, n. 5, p. 449-56, 2005.

MARTINS, Daiane Franco; BENITO, Linconl Agudo Oliveira. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, 2016.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos et al. Política de qualidade, acreditação e

segurança do paciente em debate. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, 2016.

MENDES, Walter et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

MICHEL, Philippe et al. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. **Bmj**, v. 328, n. 7433, p. 199, 2004.

MILAGRES, Lidiane Miranda. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos**. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora/MG, 2015.

MORESI, Eduardo Amadeu Dutra. **Apostila de metodologia da pesquisa**. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003.

NABUCO, José. **Gestão de riscos de Segurança do Trabalho**. 2020. Disponível em: <https://www.sesi-ce.org.br/blog/gestao-de-riscos-de-seguranca-do-trabalho-como-manter-sua-industria-segura/>. Acesso em: 25 out. 2022.

OKUYAMA, Julia Hiromi Hori; GALVAO, Tais Freire; SILVA, Marcus Tolentino. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: a systematic review and meta-analysis. **The Scientific World Journal**, v. 2018, 2018.

PEINADO, H. S. **Segurança e Saúde do Trabalho na Indústria da Construção Civil**. São Carlos: Editora Scienza, 2019.

Organização Mundial de Saúde. World Health Organization (OMS/WHO). **World Alliance for Patient Safety: forwardprogramme**. Genebra; 2004.

Organização Mundial de Saúde. World Health Organization (OMS/WHO).. **Clean Careis Safer Care**. SAVELIVES: Clean Your Hands-WHO's global annual calltoaction for health workers [internet].Genebra, 2017.

Organização Mundial de Saúde. World Health Organization (OMS/WHO). **State of the world's nursing 2020**. Washington (DC): WHO; 2020.

PRATES, Cassiana Gil et al. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180150, 2019.

PRONOVOST, Peter J.; MILLER, Marlene R.; WACHTER, Robert M. Tracking progress in patient safety: an elusive target. **Jama**, v. 296, n. 6, p. 696-699, 2006.

RAMOS, Ana Claudia de Almeida. Educação permanente e segurança do paciente: uma revisão integrativa da literatura. 2017. 83 f. TCC (Especialização em Ensino em Biociências e Saúde)-Instituto Oswaldo Cruz, **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2017.

REASON, James. **El error humano**. Madrid: Modus Laborandi, 2009

REDANTE, Jackeline Silocchi; FORTE, Elaine Cristina Novatzki. A importância dos núcleos de segurança do paciente para as unidades de terapia intensiva: uma revisão narrativa da literatura. **HSAN**, Florianópolis, 2019. Disponível em: <http://www.hsan.com.br/wp-content/uploads/2019/11/A-Import%C3%A2ncia-dos-N%C3%BAcleos-de-Seguran%C3%A7a-Autora-Jackeline-Redante.pdf>. Acesso em: 08 abr, 2022.

REIS, Gislene Aparecida Xavier dos et al. Nurse manager perceptions of patient safety strategy implementation. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, p. e00340016, 2017.

SAMMER, Christine E. et al. What is patient safety culture? A review of the literature. **Journal of nursing scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010.

SANTIAGO, Thaiana Helena Roma; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 123-130, 2015.

SANTOS, Thiago R. et al. Hospital pharmacy workforce in Brazil. **Human resources for health**, v. 16, n. 1, p. 1-9, 2018.

SCHIOLER, T. et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. **Ugeskrift for laeger**, v. 163, n. 39, p. 5370-5378, 2001.

WENG, Shao-Jen et al. "Underlying influence of perception of management leadership on patient safety climate in healthcare organizations - A mediation analysis approach." *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* vol. 29,1 2017, 111-116. doi:10.1093/intqhc/mzw145

SILVA, Leonor Coelho da; CALDAS, Célia Pereira; DOS SANTOS, Iraci. Políticas públicas de saúde orientadas para a segurança do paciente: uma reflexão teórica. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 53, p. 2430-2435, 2020.

SILVA, Paula Lima da et al. Produção científica no Brasil acerca da cultura de segurança do paciente. **Revista Uningá**, v. 54, n. 1, 2017.

SILVA, Ana Cláudia de Azevêdo Bião. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. 2016.

SILVA, Ana Cláudia de Azevêdo Bião. A Segurança do Paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm.* 2016 v. 21 n. esp: 01-09.

SILVA-BATALHA, Edenise Maria Santos da; MELLEIRO, Marta Maria. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 432-441, 2015.

SILVA-SANTOS, Handerson et al. Error-producing conditions in nursing staff work. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 1858-1864, 2018.

- SANTOS, Handerson Silva. **Análise do discurso sobre o erro no trabalho em enfermagem**. 2018. 139 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.
- SOARES, Filipe. **Florence Nightingale – História da Enfermagem**. 2017. Biblioteca virtual de enfermagem. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/florence-nightingale-historia-da-enfermagem/>. Acesso em: 27 de set. 2021.
- SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010.
- SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Editora Fiocruz, 2019.
- TAVARES, Caio. Desafios, estratégias e ações para a segurança do paciente. Joinville, 2022.
- TEIGNÉ, Delphine. et al. Transcultural adaptation and psychometric study of the French version of the nursing home survey on patient safety culture questionnaire. **BMC Health Services Research**, v. 19, n.1, p. 1-10, 2019.
- URBANETTO, Janete S.; BANDEIRA, Andrea Gonçalves; FIGUEIREDO, Ana. Formação para a segurança do paciente: refletindo acerca do processo de ensino e de aprendizagem. In: Carla Ulhoa André; Dyego Leandro Bezerra de Souza; Fernando Passos Cupertino de Barros; Helaine Carneiro Capucho; José Luiz Calixto Pereira; Paulo Ferrinho; Paulo Jorge dos Santos Sousa. (Org.). **Qualidade no cuidado e segurança do paciente**. 1ed. Belo Horizonte: CONASS, 2021, v. 1, p. 70-83.
- VICENTE, Victor Manuel Barbosa. Políticas públicas: uma contribuição sucinta à edificação de um modelo para sua análise. **Rev Bras Polít Públicas.**, v.4, n.1, p. 28-43, 2014.
- VIEIRA, James Batista. BARRETO, Rodrigo Tavares de Souza. **Gestão de riscos e integridade**. Brasília: Enap, 2019. 240 p. : il.
- VINCENT, C. et al. Estratégias de segurança na atenção primária. **Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado**. Rio de Janeiro: PROQUALIS, ICICT/Fiocruz, p. 127-41, 2016.
- VINCENT, Charles; NEALE, Graham; WOLOSHYNOWYCH, Maria. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **Bmj**, v. 322, n. 7285, p. 517-519, 2001.
- WESTLEY, Jlynn A. et al. Impact of nurse's worked hours on medication administration near-miss error alerts. **Chronobiology International**, v. 37, n. 9-10, p. 1373-1376, 2020.
- WENG, Stephen. et al. Influência subjacente da percepção da liderança gerencial no clima de segurança do paciente nas organizações de saúde – Uma abordagem de análise

de mediação. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, Edição 1, 2017, p. 111–116. Disponível em: <https://doi-org.ez10.periodicos.capes.gov.br/10.1093/intqhc/mzw145>. Acesso em: 16 set. 2023.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WILSON, Ross McL et al. The quality in Australian health care study. **Medical journal of Australia**, v. 163, n. 9, p. 458-471, 1995.

ZAMBON, Lucas Santos. Gestão de riscos na saúde: ferramentas e metodologias básicas. **Rev IBSP (Online)**, 2018. Disponível em: <https://seguranca.do-paciente.com.br/opiniao/gestao-de-riscos-saude-ferramentas-metodologias/>. Acesso em: 02 nov. 2022.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta: formulário de busca dos dados

PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA			
TÍTULO: Programa nacional de segurança do paciente no Brasil: uma revisão integrativa. Segurança do paciente nos serviços de saúde: Realidade ou Mito?			
SOLICITANTE: Iara Cavalcante		E-MAIL: iara.cavalcante@ufba.br	
QUESTÃO OU PROBLEMA DE PESQUISA: O que revelam as publicações científicas sobre a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil, durante o período de 2013 a 2022?			
OBJETIVO DA PESQUISA Analisar na produção científica nacional os elementos que revelem os objetivos e estratégias de implementação do PNSP nas organizações de saúde.			
BUSCA NA LITERATURA			
SELEÇÃO DOS DESCRITORES			
Descritor 1 Segurança do paciente Patient safety	Descritor 2 Programa <i>Program</i>	Descritor 3 Brasil Brazil	Descritor 4
Termos alternativos/ sinônimos Patient Safeties. Safeties, Patient. Safety, Patient.	Termos alternativos/ sinônimos Programas	Termos alternativos/ sinônimos	Termos alternativos/ sinônimos

OUTROS DESCRITORES:				
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO				
Tipo de documento	Artigos científicos completo (artigos originais, relatos de experiencias, ensaios teóricos, reflexões; Trabalhos cujo objetivo geral refere-se ao objeto de estudo	Incluir		
Área geográfica	Estudos publicados nas bases de dados nacional e internacional, sobre o programa nacional de segurança do paciente no Brasil	Incluir		
Período (de tempo)	Estudos produzidos sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente entre 2013 e 2022.	Incluir		
Idioma(s)	Inglês e português	Incluir		
Exclusão:				
Teses e dissertações				
Publicações na forma de cartas, resenhas e editoriais;				

Publicações do tipo: teses e dissertações, livros, capítulos de livros, documentos governamentais, boletins informativos;

Estudos duplicados, artigos de revisão,

Estudos fora do período de interesse;

Estudos que não estão disponibilizados online na íntegra para análise;

Estudos que não atendem ao objetivo proposto

FONTES DE INFORMAÇÃO ELETRÔNICA

(Base de dados, bibliotecas digitais, mecanismos de busca, repositórios, etc.)

Tipo de fonte	Nome
Base de dados	SCIELO
Base de dados	LILACS
Base de dados	CAPEL
Base de dados	MEDLINE
Base de dados	WEB OF SCIENCE.

Outras fontes de informação

ESTRATÉGIA DE BUSCA DE ACORDO COM O RECURSO UTILIZADO

	"Patient safety" AND Program AND Brazil

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS (RELATÓRIO)

SCielo – "Patient safety" AND Program AND Brazil

<https://search.scielo.org/?q=%22Patient+safety%22+AND+Program+AND+Risk+management+AND+Brazil&lang=pt&count=15&from=1&output=site&sort=&format=summary&>

[fb=&page=1&filter%5Bin%5D%5B%5D=scl&q=%22Patient+safety%22+AND+Program+AND+Brazil&lang=pt&page=1](https://www-periodicos-capes-gov-br.ez1.periodicos.capes.gov.br/index.php/busca-primario?fb=&page=1&filter%5Bin%5D%5B%5D=scl&q=%22Patient+safety%22+AND+Program+AND+Brazil&lang=pt&page=1)

CAPES - "Patient safety" AND Program AND Brazil

<https://www-periodicos-capes-gov-br.ez1.periodicos.capes.gov.br/index.php/busca-primario.html>

(MEDLINE) - "Patient safety" AND Program AND Brazil

https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/?u_filter%5B%5D=fulltext&u_filter%5B%5D=db&u_filter%5B%5D=mj_cluster&u_filter%5B%5D=collection_bvsms&u_filter%5B%5D=la&u_filter%5B%5D=year_cluster&u_filter%5B%5D=type&fb=&q=%22Patient+safety%22+AND+Program+AND+Brazil&pt=&inlineRadioOptions=opcao2&where=&filter%5Bdb%5D%5B%5D=MEDLINE&range_year_start=&range_year_end=

LILACS "Patient safety" AND Program AND Brazil

https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u_filter%5B%5D=fulltext&u_filter%5B%5D=db&u_filter%5B%5D=mj_cluster&u_filter%5B%5D=type_of_study&u_filter%5B%5D=la&u_filter%5B%5D=type&fb=&lang=pt&home_url=http%3A%2F%2Flilacs.bvsalud.org&home_text=Pesquisa&q=%22Patient+safety%22+AND+Program+AND+Brazil&where=&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&range_year_start=&range_year_end=

Web of Science "Patient safety" AND Program AND Brazil

<https://www-webofscience.ez10.periodicos.capes.gov.br/wos/woscc/summary/624c1af9-ce5b-403a-b550-1f1c2bbbdbed-7d2d19ed/relevance/1>

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

APÊNDICE B - Descrição dos estudos sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil, identificados nos periódicos disponíveis nas fonte de informações e bases de dados, entre 2013 a 2022.

Nº	Título do artigo	Fonte de informação/ Base de Dados	Ano	Autores	Periódicos
1.	Direito à saúde e segurança do paciente enquanto direitos fundamentais no Brasil	LILCAS	2022	Silveira C, Robazzi ML do CC, Sanches RS, Resck ZMR.	Revista: Cad. Ibero Am. Direito Sanit. (Impr.)
2.	Segurança do paciente: representações sociais na visão dos profissionais da atenção primária à saúde	LILCAS	2021	de Alencar, S. V. G. L., do Nascimento, E. A., Brito, C. D., Barbosa, D. D. de S., Marques, L. de A., Luna, G. L. M., Probo, D. R. G., & Probo, R. A. da S.	Revista: Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)
3.	Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos	LILCAS	2021	Rodrigues, Giullia Taldo; Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo; Pessanha, Priscila da Silva Almeida; Penna, Lucia Helena Garcia	Revista: Esc. Anna Nery Rev. Enferm

4.	Projeto Paciente Seguro fase 1: relato de experiência	LILCAS	2021	JACQUES, Fernanda Boaz Lima SANTOS, Daniela Cristina dos RIBAS, Elenara Oliveira UE, Luciana Yume CAREGNATO, Rita Catalina Aquino	Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago
5.	Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva pediátrica em hospital público	LILCAS	2021	Tavares, Lívia Teixeira; Silva, Girlane Santiago dos Santos; Macêdo, Lívia Leite da Silva; Guimarães, Marina Aguiar Pires; Albergaria, Tatiane Falcão dos Santos; Pinto Junior, Elzo Pereira	Revista: Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)
6.	Estresse ocupacional, Burnout e cultura de segurança do paciente em unidades de perioperatório	LILCAS	2021	Munhoz, O. L., Moreira, L. P., Kolankiewicz, A. C. B., Dalmolin, G. de L., Magnago, T. S. B. de S., & Andolhe, R.	Revista: Psico (Porto Alegre)
7.	Implementação de ciclo de melhoria nos registros em prontuários	LILCAS	2021	Lopes Oliveira, Patrícia; Vieira Dantas, Daniele; Assis Neves Dantas, Rodrigo; Lopes	Revista: Cienc. enferm. (En línea)

	hospitalares: um estudo quase experimental			Oliveira, Gisele; Bezerra Costa, Izabelle; Miranda Aiquoc, Kezauyn; Taynah Medeiros Da Silva, Tâmara.	
8.	Handover de enfermagem em clínicas cirúrgicas: a interface entre a comunicação e a segurança do paciente	LILCAS	2020	Vanessa Guimarães Telles ; Cintia Silva Fassarella ; Rafael Celestino da Silva ; Priscila Francisca Almeida ; Flavia Giron Camerini	Revista: Rev. enferm. UERJ
9.	Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência: perspectivas de uma equipe multiprofission al	LILCAS	2020	Schorr V, Sebold LF, Santos JLG dos, Nascimento KC do, Matos TA	Revista: Interface (Botucatu, Online)
10.	Fatores associados à cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva	LILCAS	2020	Kruschewsky, N. D. F., Freitas, K. S., & Filho, A. M. da S	Revista: Rev. baiana enferm

11.	Avaliação das práticas seguras em hospital público do nordeste brasileiro	LILACS	2019	Passos, Ana Cláudia de Brito; Castro, Isabel Bento de; Monteiro, Mirian Parente; Fonteles, Marta Maria de França; Santos, Djanilson Barbosa dos.	Revista: Rev. enferm. UERJ
12.	Interrupções e carga de trabalho de enfermagem durante a administração de medicamentos	LILACS	2019	Sasaki, RL, Cucolo, DF, & Perroca, MG.	Revista: Rev. bras. enferm
13.	Segurança do paciente e os direitos do usuário	LILACS	2019	Ronaldo Behrens	Revista: Rev. bioét. (Impr.)
14.	Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário	LILACS	2019	Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Figueiredo MCA	Revista: Rev. bras. enferm
15.	Formação dos enfermeiros intensivistas para manejar hemodiálise	LILACS	2019	Andrade BRP, Barros FM, Lúcio HFA, Campos JF, Silva RC.	Revista: Rev. bras. enferm

	contínua: condição latente à segurança				
16.	Avaliação da cultura de segurança em um hospital público no Distrito Federal, Brasil	LILACS	2019	Carvalho PA, Gottens LBD, Motta LACR, Laundos CAS, Juliano JVS.	Revista: Rev. bras. enferm
17.	Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde	LILACS	2019	Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLCde, Matsuda LM.	Revista: Rev. bras. enferm
18.	A segurança do paciente no contexto das flebites notificadas em um hospital universitário	LILACS	2019	Pereira, Mariana Santana Rosário; Cunha, Viviane Viana de Oliveira; Borghardt, Andressa Tomazini; Lima, Eliane de Fátima Almeida; Santos, Tayana Fátima Ferreira; Portugal, Flávia Batista.	Revista: Rev. epidemiol. controle infecç
19.	Ações para segurança na prescrição, useo administração de	LILACS	2019	Santos, P. R. A. dos ., Rocha, F. L. R., & Sampaio, C. S. J. C	Revista: Rev. gaúch. enferm

	medicamentos em unidades de pronto atendimento				
20.	Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais	LILACS	2019	Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLC de, Matsuda LM.	Revista: Rev. gaúch. enferm
21.	Segurança cirúrgica em laboratório de cateterismo	LILACS	2019	Reich R, Santos SM dos, Goes MGO de, Romero PS, Casco MF de, Kruger J, et al.	Revista: Rev. gaúch. enferm
22.	Confiabilidade e validade da versão brasileira do HSOPSC: um estudo de reavaliação	LILACS	2019	Reis CT, Laguardia J, Barros CG de, Andreoli PB de A, Martins M.	Revista: Cad. Saúde Pública (Online)
23.	Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde	LILACS	2018	Alves KYA, Oliveira PTC de, Chiavone FBT, Barbosa ML, Saraiva COP de O, Martins CCF, et al.	Revista: Acta Paul. Enferm. (Online)
24.	Cultura de segurança do paciente em três hospitais	LILACS	2018	Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC,	Revista: Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)

	brasileiros com diferentes tipos de gestão			Santos CCM dos, et al.	
25.	Formulação, desenvolvimento e avaliação de um curso a distância para acreditação em segurança do paciente	LILACS	2018	Poliana Nunes Wanderlei, Erik Montagna	Revista: Einstein (São Paulo)
26.	Cultura de segurança: percepção dos profissionais de saúde em um hospital mental	LILACS	2018	Oliveira ICL de, Cavalcante MLSN, Aires SF, Freitas RJM de, Silva BV da, Marinho DMF, et al.	Revista: Rev. bras. enferm
27.	Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente	LILACS	2017	Tondo JCA, Guirardello EB.	Revista: Rev. bras. enferm
28.	Ciclo pdca para elaboração de checklist de segurança cirúrgica	LILACS	2017	Alpendre, Francine Taporosky; Batista, Josemar; Gaspari, Ana Paula; Dyniewicz, Ana Maria; Cruz, Elaine Drehmer de Almeida.	Revista: Cogit. Enferm. (Online)
29.	Adaptação e validação do Hospital	LILACS	2017	Andrade LEL de, Melo LOM de, Silva IG da, Souza RM de,	Revista: Epidemiol. serv. saúde

	Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica			Lima ALB de, Freitas MR de, et al.	
30.	Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil	LILACS	2017	Carvalho REFL de, Arruda LP, Nascimento NKP do, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP.	Revista: Rev. latinoam. enferm. (Online)
31.	Sentimentos experimentados por equipes de enfermagem acerca dos erros de medicação	LILACS	2016	Cibele Leite Siqueira, Kemilys Marine Ferreira, Thamyres Caproni de Souza, Liliane Bauer Feldman	Revista: Cogit. Enferm. (Online)
32.	Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário	LILACS	2016	Morello Kawamoto A, Campos de Oliveira JL, Tonini NS, Lazzari Nicola A.	Revista: Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)
33.	Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-	LILACS	2016	Gama, ZA da S., Saturno-Hernández, PJ, Ribeiro, DNC, Freitas, MR de ., Medeiros, PJ de ., Batista, AM, Barreto, AFG, Lira, BF,	Revista: Cad. Saúde Pública (Online)

	Brasil			Medeiros, CA de S., Vasconcelos, CCC da S., Silva, EMM da., Faria, EDB de., Dantas, JF, Neto Júnior, JG, Medeiros, LCL de., Sicolo, MA, Fonseca, P. de CB, Costa, RMM da., Monte, FS, & Melo Neto, V. de..	
34.	Clima de segurança do paciente em um hospital privado	LILACS	2016	Maria Helena Barbosa, Daniela Rosa Floriano, Karoline Faria de Oliveira, Kleiton Gonçalves do Nascimento, Lúcia Aparecida Ferreira.	Revista: Texto & contexto enferm
35.	Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico	LILACS	2016	Silva, M. F. da., Anders, J. C., Rocha, P. K., Souza, A. I. J. de., & Burciaga, V. B..	Revista: Texto & contexto enferm
36.	Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência	LILACS	2016	Amaya MR, Paixão DP da SS da, Sarquis LMM, Cruz ED de A.	Revista: Rev. gaúch. enferm

37.	Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea	LILACS	2016	Fermo, VC, Radünz, V., Rosa, LM da., & Marinho, MM. (2016).	Revista: Rev. gaúch. enferm
38.	Sistema de medicação: análise das ações dos profissionais em unidades de internação psiquiátrica	LILACS	2016	Maristela Monteschi Souza , Paulo Celso Prado Telles Filho , Kelly Graziani Giacchero Vedana , Luiz Jorge Pedrão , Adriana Inocenti Miasso.	Revista: Texto & contexto enferm
39.	Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea	LILACS	2015	Fermo VC, Radünz V, Rosa LM da, Marinho MM.	Revista: Rev. bras. enferm
40.	Ocorrência de incidentes em um centro cirurgico: estudo documental	LILACS	2015	Bezerra WR, Bezerra ALQ, Paranaguá TT de B, Bernardes MJC, Teixeira CC.	Revista: Rev. eletrônica enferm
41.	Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um	LILACS	2015	Raíssa Bianca Luiz Ana Lúcia de Assis Simões Elizabeth Barichello Maria Helena	Rev. latinoam. enferm. (Online)

	hospital de ensino			Barbosa	
42.	Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro	LILACS	2015	Souza, Ruth Francisca Freitas de.	Revista: Rev. enferm. UERJ
43.	Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais	LILACS	2013	Leitão, IMT de A., Oliveira, RM, Leite, S. de S., Sobral, MC, Figueiredo, SV, & Cadete, MC	Revista: Rev. RENE
44.	Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador	LILACS	2013	Velho, Juliano Moreira; Treviso, Patrícia.	Revista: Rev. adm. saúde
45.	Itinerário terapêutico: trajetória para resolução de eventos adversos de	LILACS	2018	Colet, Christiane; Amador, Tânia Alves; Heineck, Isabela	Braz. J. Pharm. Sci.

	pacientes em uso de varfarina no Sul do Brasil				
46.	Segurança do paciente em hemodinâmica: trajetória de um serviço em busca da excelência	LILACS	2022	Cardoso, Cristiano de Oliveira; Knebel, Alexis Vasiluk; Lima, Cristiane Cauduro; Staudt, Clacir; Duarte, Aldo Fernando Somavilla; Ricardi, André Meister Dei; Prates, Cassiana Gil; Teixeira, Julio Vinicius de Souza.	J. Transcatheter Interv
47.	Suporte aos estudantes de enfermagem diante de incidentes de segurança do paciente: pesquisa qualitativa	SCIELO	2022	Tavares APM, Barlem JGT, Silveira RS, Dalmolin GL, Feijó GS, Machado IA, et al.	Rev. Bras. Enferm
48.	Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente	SCIELO	2015	Maziero ECS, Silva AEB de C, Mantovani M de F, Cruz ED de A.	Rev. Gaúcha Enferm

49.	Comunicação escrita sobre o uso de medicamentos em prontuários em um hospital brasileiro.	MEDLINE	2021	Marques Cavalcante-Santos L, Carvalho Silvestre C, Andrade Macêdo L, Mônica Machado Pimentel D, Dias de Oliveira-Filho A, Manias E, Pereira de Lyra D Jr.	Revista: Int J Clin Pract
50.	Concepções de segurança do paciente sob o prisma das representações sociais de enfermeiros intensivistas.	MEDLINE	2021	Barreto RS, Servo MLS, Vilela ABA, Fontoura EG, Souza SL, Santana N.	Invest Educ Enferm
51.	Fatores influenciadores da higienização das mãos em setores críticos de um hospital brasileiro.	MEDLINE	2021	Thaissa Blanco Bezerra , Marília Duarte Valim , Juliano Bortolini , Adriano Menis Ferreira , Willian Albuquerque de Almeida , Marcelo Alessandro Rigotti , Denise de Andrade , Inês Fronteira , Álvaro Francisco Lopes Sousa.	J Infect Dev Ctries
52.	Cultura de segurança em saúde: estudo de método misto.	MEDLINE	2021	Elisiane Lorenzini , Nelly D Oelke , Patricia B Marcos	J Gestão de Órgãos de Saúde
53.	Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital geral	MEDLINE	2021	Prates CG, Caregnato RCA, Magalhães AMM,	Int J Saúde Qual Assur

	privado: um estudo de caso no Brasil.			Dal Pai D, Urbanetto JS, Moura GMSS.	
54.	Cultura de segurança do paciente, cuidados de Enfermagem e suas razões em Obstetrícia	MEDLINE	2021	Silva SC da, Morais BX, Munhoz OL, Ongaro JD, Urbanetto J de S, Magnago TSB de S.	Rev Lat Am Enfermagem
55.	Estresse ocupacional, burnout e cultura de segurança do paciente entre trabalhadores de unidades de terapia intensiva e não crítica de um hospital no Brasil.	MEDLINE	2021	Munhoz, O. L., Moreira, L. P., Kolankiewicz, A. C. B., Dalmolin, G. de L., Magnago, T. S. B. de S., & Andolhe, R.	Revista: Intensive Crit Care Nurs
56.	Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil: Incidentes Notificados Entre 2014 e 2017.	MEDLINE	2021	Faustino TN, Batalha EMSDS, Vieira SL, Nicole AG, Morais AS, Tronchin DMR, Melleiro MM.	Revista: J Patient Saf
57.	Desenvolvimento da metodologia Safety Huddle em software de segurança do paciente: relato de experiência.	MEDLINE	2020	Mello, LRG de ., Christovam, BP, Moreira, APA, & Moraes, EB de	Revista: Rev Bras Enferm
58.	Cultura de segurança do paciente segundo profissionais de enfermagem de um hospital acreditado.	MEDLINE	2020	Melo E, Balsanelli AP, Neves VR, Bohomol E.	Rev Gaúcha Enferm

59.	Clima de segurança do paciente no serviço de cardiologia hospitalar: instrumento para gestão da segurança.	MEDLINE	2020	Vitorio AMF, Tronchin DMR	Revista: Rev Bras Enferm
60.	Clima de segurança do paciente na perspectiva da enfermagem.	MEDLINE	2020	Lira VL, Campelo SMA, Castelo Branco NFL, Carvalho HEF, Andrade D, Ferreira AM, et al.	Revista: Rev Bras Enferm
61.	Cultura de segurança do paciente em serviço de atenção domiciliar.	MEDLINE	2020	Oliveira, P. C., Santos, O. P. dos., Villela, E. F. de M., & Barros, P. de S.	Revista: Rev Esc Enferm USP
62.	Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: um estudo transversal.	MEDLINE	2020	Carmo JMA do, Mendoza IYQ, Goveia VR, Souza KV de, Manzo BF, Guimarães G de L.	Revista: Rev Bras Enferm
63.	Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral.	MEDLINE	2020	Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E.	Revista: Rev Gaúcha Enferm
64.	Clima de segurança do paciente em um hospital geral brasileiro.	MEDLINE	2020	Alves DFB, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB.	Revista: Int J Risk Saf Med
65.	O Protagonismo do Sistema Regulador Sanitário Brasileiro na	MEDLINE	2020	Santana HT, Costa MMM, Nogueira MDSP, Dos	Revista: J Patient Saf

	Evolução da Segurança do Paciente no País: História, Dilemas e Desafios Atuais.			Santos ACRB , Carvalho AA , Morelo LT , Ribeiro CFM , de Sousa FC , de Moura HLCA , Barros LS , de Oliveira LSC , Gonçalves MRS	
66.	Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos.	MEDLINE	2019	Notaro, KAM, Corrêa, A. dos R., Tomazoni, A., Rocha, PK, & Manzo, BF.	Rev Lat Am Enfermagem
67.	Incidentes de segurança do paciente identificados pelos cuidadores de crianças hospitalizadas.	MEDLINE	2019	Hoffmann LM ; Wegner W ; Biasibetti C ; Peres MÁ ; Gerhardt LM ; Breigeiron MK	Rev Bras Enferm
68.	Associação entre cultura de segurança do paciente e burnout em hospitais pediátricos.	MEDLINE	2019	de Lima Garcia C ; Bezerra IMP ; Ramos JLS ; do Valle JETMR ; Bezerra de Oliveira ML ; Abreu LC	Revista: PLoS One
69.	Atributos de segurança na atenção primária: compreendendo as necessidades de pacientes, profissionais de saúde e gestores.	MEDLINE	2019	de Vasconcelos PF, de Freitas CHA, Jorge MSB, de Carvalho REF, de Sousa Freire VEC, de Araújo MFM, de Aguiar	Revista: Public Health

				MIF, de Oliveira GYM, Bezerra Dos Anjos SJS, Oliveira ACS.	
70.	Cultura de segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores e equipes da atenção básica.	MEDLINE	2019	Raimondi DC, Bernal SCZ, Matsuda LM.	Revista: Rev Saude Publica
71.	Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectivas profissionais de saúde.	MEDLINE	2019	Souza, Catharine Silva de; Tomaschewski- Barlem, Jamila Geri; Rocha, Laurelize Pereira; Barlem, Edison Luiz Devos; Silva, Thiago Lopes; Neutzling, Bruna Ruoso da Silva.	Rev Gaúcha Enferm
72.	Cultura de segurança do paciente na unidade de terapia intensiva: estudo transversal.	MEDLINE	2019	Gomides MDA, Fontes AMS, Silveira AOSM, Sadoyama G.	Revista: J Infect Dev Ctries
73.	Lista de Verificação de Cirurgia Plástica Estética: Uma Ferramenta de Segurança.	MEDLINE	2016	Sucupira E, Matta R, Zuker P, Matta J, Arbeláez JP, Uebel CO.	Revista: Cirurgia Plástica Estética
74.	A necessidade de estabelecer um programa nacional de segurança do paciente no Brasil.	MEDLINE	2013	Helaine Carneiro Capucho Silvia Helena De Bortoli	Revista: Rev Saude Publica

				Cassiani	
75.	Boas práticas dos gerentes de enfermagem na gestão de riscos.	MEDLINE	2013	Costa, VT, Meirelles, BHS, & Erdmann, AL.	Revista: Rev Lat Am Enfermagem
76.	Avaliação da Cultura e Práticas Laboratoriais Relacionadas à Segurança do Paciente em Laboratórios Brasileiros.	MEDLINE	2022	SHCOLNIK, Wilson FMUSP-HC; DUARTE, Alberto Jose da Silva	J Paciente Seguro
77.	Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: pesquisa em consultório médico sobre a cultura de segurança do paciente em uma estratégia de saúde da família brasileira.	MEDLINE	2022	Araújo GL, Amorim FF, de Miranda RCPS, Amorim FFP, Santana LA, Göttems LBD.	PLoS Um
78.	Como a implementação de um programa de segurança do paciente em larga escala pode fortalecer a cultura de segurança hospitalar? Lições de um estudo qualitativo da implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em dois hospitais públicos no Brasil.	MEDLINE	2022	Bárbara do Nascimento Caldas, Margareth Crisóstomo Portela, Sara Jean Cantora, Emma-Louise Aveling	Med Care Res Rev

79.	Relações interpessoais e cultura de segurança em organizações de saúde brasileiras.	MEDLINE	2018	Eliana R Migowski , Nery Oliveira Jr. , Fernando Riegel , Sérgio A Migowski	J Nurs Manag
80.	A percepção do clima de segurança do paciente pelos profissionais do setor de emergência.	MEDLINE	2017	Rigobello MCG, Carvalho REFL, Guerreiro JM, Motta APG, Atila E, Gimenes FRE.	Enfermeiras Emergentes Int
81.	Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente	MEDLINE	2017	Siman AG, Brito MJM.	Rev Gaúcha Enferm

82.	Impacto da implementação da Lista de Verificação do Parto Seguro da OMS sobre práticas essenciais de parto e eventos adversos em dois hospitais brasileiros: um estudo antes e depois	CAPES	2018	Sousa KM, Saturno-Hernández PJ, Rosendo TMSS, Freitas MR, Molina RL, Medeiros WR, Silva EMMD, Gama ZADS.	Rev. Bras. Saude Mater. Infant
83.	Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do paciente em um hospital universitário de São Paulo: um estudo transversal aplicando o Hospital Survey on	CAPES	2019	Okuyama, JHH, Galvão, TF, Crozatti, MTL, & Silva, MT.	Sao Paulo Medical Journal

	Patient Safety Culture				
84.	Reflexões sobre sistemas de notificação de incidentes de segurança do paciente	CAPES	2021	Harada, M. de J. C. S., Silva, A. E. B. de C., Feldman, L. B., Tavares, S. S., Gerhardt, L. M., Lima Júnior, A. J. de ., & Kolankiewicz, A. C. B..	Rev.Brasileira de Enfermagem
85.	Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais.	CAPES	2017	João Lucas Campos de Oliveira, Simone Viana da Silva, Pamela Regina dos Santos, Laura Misue Matsuda, Nelsi Salette Tonini, Anair Lazzari Nicola	Einstein (São Paulo)
86.	Ensino de segurança do paciente no curso de graduação em medicina da Universidade Federal de São Paulo	CAPES	2015	Elena Bohomol Isabel Cristina Kowal Olm Cunha	Brazil: Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein
87.	Segurança do paciente na formação de técnicos de enfermagem	CAPES	2022	Ruth Cardoso Rocha Benevina Maria Vilar Teixeira	Rev.Brasileira de Enfermagem

				NunesI Agostinho Antônio Cruz Araújo Larissa Fortes Lima Faria Maria Augusta Rocha Bezerra	
88.	Desafios da prática na segurança do paciente	CAPES	2019	Siman, AG, Braga, LM, Amaro, M. de OF, & Brito, MJM.	Rev. Bras. Enferm.
89.	Fatores de sucesso de um projeto colaborativo para redução de infecções relacionadas à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva no Nordeste do Brasil	CAPES	2022	Melo, Ladjane Santos Wolmerde; Estevão, Thaís Moreira; Chaves, Juliana Sousa de Castro; Vieira, Janaina Maria Silva; Siqueira, Marialba de Morais; Alcoforado, Iêda Ludmer Guedes; Vidal, Cláudia Fernanda de Lacerda; Lacerda, Heloisa Ramos.	Rev Bras Ter Intensiva
90.	O significado da segurança do paciente para estudantes de enfermagem	CAPES	2022	Oliveira HKF de, Silva NC da.	Revista brasileira de enfermagem

91.	Estudo transversal multicêntrico sobre eventos adversos e boas práticas em maternidades no Brasil e no México: mesmos problemas, diferentes magnitudes	CAPES	2019	Kelienny Sousa Isac Davidson Santiago Fernandes Pimenta María Fernández Elorriaga Zenewton André da Silva Gama	BMJ Journals
92.	Melhorias nas estruturas e cultura de segurança do paciente após a implementação de um programa público nacional: um estudo observacional em três hospitais brasileiros	CAPES	2022	Luis Eduardo Lima de Andrade ; Pedro Jesús Saturno- Hernández ; Laiza Oliveira Mendes de Melo ; Zenewton André da Silva Gama	Portuguese journal of public health,
93.	Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: uma análise conceitual	CAPES	2016	Oliveira, HM de., Silva, CPR, & Lacerda, RA.	revista da escola de enfermagem da USP
94.	Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo	CAPES	2018	Giroti, ALB, Ferreira, AM, Rigotti, MA, Sousa, Á. FL de., Frota, OP, & Andrade, D. de.	Revista da Escola de Enfermagem da USP

95.	Desenvolvendo uma política de segurança de simulação para programas de simulação translacional na área da saúde	CAPES	2022	Vitória Brasil ,Clara Scott ,Jack Matulich eBrenton Shanahan	Discovery Springer Online Journals
96.	Capacitação de enfermeiros intensivistas para o manejo da hemodiálise contínua: uma condição latente para a segurança	CAPES	2019	Bianca Ribeiro Porto de AndradeI Fabiana de Mello BarrosI Honorina Fátima Ângela de LúcioI Juliana Faria CamposI Rafael Celestino da SilvaI	Revista Brasileira de Enfermagem
97.	Cultura de segurança do paciente: avaliação de enfermeiros na atenção primária à saúde	CAPES	2019	Sonia Maria Kalckmann de Macedo Ana Raquel Campos de Almeida Barboza Fabieli Borges Karla Crozeta Figueiredo Aida Maris Peres Fernanda Assis	Enfermería global,
98.	Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência	CAPES	2020	Schuh, Laísa Xavier; Krug, Suzane Beatriz Frantz; Possuelo, Lia.	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

99.	Incidência e evitabilidade de eventos adversos em pacientes adultos internados em um hospital universitário brasileiro	CAPES	2021	Zanetti ACB, Dias BM, Bernardes A, Capucho HC, Balsanelli AP, Moura AA, Soato R, Gabriel CS.	PloS one
100.	Desvio Positivo: Uma Nova Ferramenta para Prevenção de Infecções e Segurança do Paciente	CAPES	2013	Marra AR, Pavão Dos Santos OF, Cendoroglo Neto M, Edmond MB.	Current infectious disease reports
101.	Construção de uma ferramenta para medir as percepções sobre o uso do Programa de Lista de Verificação de <i>Cirurgia Segura</i> da Organização Mundial da Saúde	CAPES	2016	Luis Antonio dos Santos Diegoa,b, Fabiane Cardia Salmana,c, João Henrique Silvaa,d, Julio Cezar Brandãoa,e,f,g,*, Getúlio de Oliveira Filhoa,f,h, Antonio Fernando Carneiroa, Airton Bagatini a e José Mariano de Moraes a	Revista Brasileira de Anestesiologia
102.	Construção de um programa de segurança do paciente em um hospital de ensino público: pesquisa documental	CAPES	2016	Denise Jorge Munhoz da Rocha, Lillian Daisy Gonçalves Wolff, Maria do Carmo Fernandez Lourenço	Cogitare enfermagem

				Haddad, Leila Soares Seiffert, Otilia Beatriz Maciel da Silva	
103.	Segurança de pacientes pela análise de informações não preenchidas nas requisições dos exames citopatológicos	CAPES	2018	Costa DB, Carvalho ARBA, Chaves MAF, Plewka J, Turkiewicz M.	Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratoria
104.	Intervenção educativa de enfermagem para identificação de Eventos Adversos em hemodiálise	CAPES	2018	Pássaro PG, D'Ávila R.	Revista Brasileira de Enfermagem
105.	Segurança na intubação de sequência rápida recomendada no COVID-19: Relato de experiência	CAPES	2020	Franco, Andrezza Serpa; Henrique, Danielle Mendonça; Almeida, Luana Ferreira de; Prado, Lilian Moreira do; Gomes, Roberta Varzem Schwenck; Silva, Roberto Carlos Lyra.	Revista cuidarte
106.	Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em um hospital filantrópico de Minas Gerais	CAPES	2021	Magalhães EV, de Paiva FO, Alves MES, de Almeida MC.	revista cuidarte

107.	Erros na administração de medicamentos parenterais: perspectiva dos técnicos de enfermagem	CAPES	2020	Cardoso SR, Santos JDM, Abreu IM de, Carvalho NAR de, Santos AMR dos, Madeira MZ de A, et al..	Acta Paul Enferm
108.	Formação para segurança do paciente: uma experiência de integração entre alunos da graduação e pós-graduação	CAPES	2018	Monteiro, Ariane Baptista; Peixoto, Juliana Gil Prates; Silva, Ana Paula Scheffer Schell da; Caregnato, Rita Catalina Aquino; Millão, Luzia Fernandes	Revista de Enfermagem da UFSM
109.	Aplicação e desempenho de rastreadores para detecção de eventos adversos cirúrgicos	CAPES	2020	Batista, J., Silva, D. P. da ., & Cruz, E. D. de A.	Texto & Contexto - Enfermagem
110.	Incidentes relacionados a sonda nasogástrica/nasoentérica em pacientes hospitalizados: um protocolo de estudo de um estudo de coorte prospectivo multicêntrico	CAPES	2019	Gimenes FRE, Pereira MCA, Prado PRD, Carvalho REFL, Koepp J, Freitas LM, Teixeira TCA, Miasso AI.	BMJ open
111.	Conhecimento e adesão às precauções padrão em uma unidade de	CAPES	2022	. Medeiros LP, Miranda KS de, Gonçalves TM,	<u>Sao Paulo Medical Journa</u>

	hemodiálise: um estudo transversal			Rodrigues DDM, Hiraki KRN, Valim MD, et al..	
112.	Cultura de segurança do paciente em serviços de atenção primária e domiciliar	CAPES	2020	Oliveira PC, Santos OP dos, Villela EF de M, Barros P de S.	BMC Cuidados Primários
113.	Gravidade e carga de trabalho relacionada a eventos adversos na UTI	CAPES	2017	Terra Rodrigues Serafim, Clarita; Queiroz Dell'Acqua, Magda Cristina; Novelli e Castro, Meire Cristina; Spiri, Wilza Carla; Rubens de Carvalho Nunes, Hélio	Revista Brasileira de Enfermagem
114.	Programa de melhoria da qualidade reduz erros no preparo de medicamentos orais e administração por sondas de alimentação	CAPES	2020	Pereira RA, de Souza FB, Rigobello MCG, Pereira JR, da Costa LRM, Gimenes FRE.	BMJ Journals quality
115.	Notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde em crianças hospitalizadas	CAPES	2022	Jamile Moreira Machado de Souza Rosana Santos Mota Andreia Santos Mendes Valdenir Almeida da Silva	Enfermaria Global

				Renata Pereira Alves Araújo Bruno Pereira Gomes	
116.	Participação do paciente na higienização das mãos entre profissionais de saúde	CAPES	2018	Oliveira, AC de., & Pinto, S. de A.	Revista Brasileira de Enfermagem
117.	Cirurgia segura: validação de checklists pré e pós-operatórios	CAPES	2017	Alpendre FT, Cruz ED de A, Dyniewicz AM, Mantovani M deF, Silva AEB de Ce, Santos G de S dos.	Revista Latino-Americana de Enfermagem
118.	Higienização das mãos e a segurança do paciente: perspectiva de docentes e universitários	CAPES	2013	Belela-Anacleto ASC, Sousa BEC, Yoshikawa JM, Avelar AFM, Pedreira M da LG.	Texto & Contexto - Enfermagem
119.	Comparação das taxas de infecção cirúrgica após implantação do checklist de segurança	CAPES	2018	Prates CG, Stadnik CMB, Bagatini A, Caregnato RCA, Moura GMSS de.	Acta Paulista de Enfermagem
120.	A segurança do paciente cirúrgico na perspectiva da vigilância sanitária — uma reflexão teórica	CAPES	2014	Santana, H. T., Siqueira, H. N., Costa, M. M. de M., de Oliveira, D. C. A. N., Gomes, S. M., de Sousa, F. C., dos Santos, A. C. R.	Vigilância Sanitária em Debate

				B., Carvalho, A. A., Lopes, D. I. L., & Evangelista, M. do S. N.	
121.	Incidência de quedas e ações preventivas em um Hospital Universitário	CAPES	2018	Luzia, M. de F., Cassola, TP, Suzuki, LM, Dias, VLM, Pinho, LB de., & Lucena, A. de F..	Revista da Escola de Enfermagem da USP
122.	Erros na administração de medicamentos anti-infecciosos por omissão de dose	CAPES	2019	Castro AF de, Oliveira JP, Rodrigues MCS.	Acta paulista de enfermagem
123.	Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres	CAPES	2016	Bohomol E, Freitas MA de O, Cunha ICKO.	Interface - Comunicação, Saúde, Educação
124.	Conhecimento sobre Higienização das Mãos na Perspectiva dos Profissionais de Enfermagem de um Serviço de Emergência	CAPES	2019	Korb, Jaqueline Picolli; Jezewski, Goretti; Aozane, Fabiele; Feldhaus, Carine; Kolankiewicz, Adriane Cristina Bernat; Loro, Marli Maria.	Revista de pesquisa, cuidado é fundamental
125.	Proposta de passos para a segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar	CAPES	2018	Castro, GLT de ., Tourinho, FSV, Martins, M. de F. da SV, Medeiros, KS de ., Ilha, P., & Santos, VEP.	Texto & Contexto - Enfermagem

126.	Incidência de erros de imunização em Minas Gerais: estudo transversal, 2015-2019	CAPES	2022	Donnini, D. A., Silva, C. M. B., Gusmão, J. D., Matozinhos, F. P., Silva, R. B., Amaral, G. G., Guimarães, E. A. de A., & Oliveira, V. C. de .	Epidemiologia e Serviços de Saúde
127.	Adaptação e validação de checklist de segurança cirúrgica na cesárea	CAPES	2018	Boeckmann, LMM e Rodrigues, MCS.	Texto & contexto e enfermagem
128.	Vigilância em saúde e segurança na atenção materna e neonatal: proposta de modelo lógico	WEB OF SCIENCE	2020	Ana Maria BourguignonI,* Zulmira HartzII Dirceia MoreiraI	Visa em Debate
129.	Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil	WEB OF SCIENCE	2017	Adriana de Oliveira Praxedes Luciana Arrais Maria Augusta Azevedo de Araújo Edna Marta Mendes da Silva Zenewton André da Silva Gama Marise Reis de Freitas	cadernos de saúde pública

130.	Adequação de um instrumento para monitorar a higiene das mãos de um hospital do Rio de Janeiro	WEB OF SCIENCE	2018	Leticia Janotti, Walter Vieira Mendes Junior.	Revista de epidemiologia e controle de infecção
131.	Deslizes, lapsos e enganos no uso de equipamentos por enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva	WEB OF SCIENCE	2016	Gabriella da Silva Rangel Ribeiro, Rafael Celestino da Silva, Márcia de Assunção Ferreira, Grazielle Rezende da Silva	Revista da escola de enfermagem da usp
132.	Programa de melhoria da qualidade na administração de medicamentos via sonda nasoenteral	WEB OF SCIENCE	2022	Costa LF, Bonacim CA, Pereira RA, Gonella JM, Leclerc J, Gimenes FR.	Acta Paulista de Enfermagem
133.	Conciliação medicamentosa de pacientes em um hospital universitário	WEB OF SCIENCE	2022	Gabriella Fernandes Magalhães ^{1*} , Mário Borges Rosa ² , Lúcia Araújo Costa Beisl Noblat	Brazilian journal of pharmaceutical sciences
134.	A ordem incorreta de extração pode prejudicar a segurança do paciente: relato de caso de gerenciamento de flebotomia	WEB OF SCIENCE	2013	Lima-Oliveira G, Lippi G, Salvagno GL, Montagnana M, Picheth G, Guidi GC.	Biochemia medica

135.	Fatores relacionados ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre farmacovigilância	WEB OF SCIENCE	2020	Macêdo GGC, Oliveira-Figueirêdo DST, Andrade LL, Carvalho MAP	Revista RENE
136.	O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde	WEB OF SCIENCE	2014	Maria Clara Padoveze , Rosely Moralez de Figueiredo	REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
137.	Implementação da Lista de Verificação do Parto Seguro da OMS: impacto na prescrição de sulfato de magnésio por meio de um estudo longitudinal de um ano	WEB OF SCIENCE	2020	Zenewton André da Silva Gama ; Wilton Rodrigues Medeiros ; Pedro Jesus Saturno-Hernández ; Kelienny de Meneses Sousa ; Matheus Silva Mello ; Érico de Lima Vale ; Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo	BMC parto e Gravidez
138.	Treinamento sobre administração de medicamentos endovenosos na	WEB OF SCIENCE	2021	Custódio IL, Lima FET, Pascoal LM, Barbosa LP, Carvalho REFL,	Revista da Escola de Enfermagem da USP

	enfermagem pediátrica: estudo antes e depois			Almeida PC, Pinheiro PNC, Barbosa IV, Ribeiro SB	
139.	Indicadores de segurança perioperatória: cancelamento da cirurgia e complicações pós-operatórias imediatas	WEB OF SCIENCE	2020	Sibéle da Silva Bruna Kruczewski Sirlei Fávero Cetolin Andréia Dalla Vecchia Vilma Beltrame	Open Journal Systems
140.	Intervenções farmacêuticas em medicamentos prescritos para administração via sondas enterais em hospital universitário	WEB OF SCIENCE	2016	Carolina Justus Buhner Ferreira Neto Caroline Koga Plodek Franciny Kossemba Soares Rayza Assis de Andrade Fernanda Teleginski Maria Dagmar da Rocha	Revista latino- americana de enfermagem
141.	Bundle de Cateter Venoso Central: conhecimento e comportamento de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva adulto	WEB OF SCIENCE	2019	Costa CAB, Araújo FL, Costa ACL, Corrêa AR, Kusahara DM, Manzo BF.	Revista da escola de enfermagem da USP

142.	Sistemas de alerta em um processo de enfermagem informatizado para Unidades de Terapia Intensiva.	WEB OF SCIENCE	2013	Daniela Couto Carvalho Barra , Grace Teresinha Marcon Dal Sasso , Camila Rosália Antunes Baccin	Revista da escola de enfermagem da USP
143.	Desenvolvimento do MiniCEX para avaliar as competências clínicas dos enfermeiros em relação à medicação	WEB OF SCIENCE	2020	Bruno César Fernandes* Ely Bueno da Silva Bispo* Jackeline Camargos Pereira* Marcos Antonio Nunes Araujo* Rogério Dias Renovato*	Revista o Mundo da Saúde
144.	Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades	WEB OF SCIENCE	2018	Camila Balsero Sales , Andrea BernardesII,III, Carmen Silvia GabriellIII, Maria de Fátima Paiva Brito André Almeida de MouraIII, Ariane Cristina Barboza ZanettiIII	Revista Brasileira de Enfermagem
145.	Efeito de uma intervenção de melhoria de qualidade com listas de verificação de rodada	WEB OF SCIENCE	2016	Cavalcanti AB, Bozza FA, Machado FR, Salluh JI,	JAMA : the Journal of the American Medical Association

	diária, estabelecimento de metas e orientações clínicas sobre a mortalidade de pacientes gravemente enfermos Um ensaio clínico randomizado			Campagnucci VP, Vendramim P, Guimaraes HP, Normilio-Silva K, Damiani LP, Romano E, Carrara F, Lubarino Diniz de Souza J, Silva AR, Ramos GV, Teixeira C, Brandão da Silva N, Chang CC, Angus DC, Berwanger O.	
146.	Qualidade do cuidado em saúde e segurança do paciente: avaliação dos resultados de um programa de formação à distância	WEB OF SCIENCE	2021	Rosilene Aparecida dos Santos Walter Vieira Mendes Júnior Mônica Martins	Ciencia & saude coletiva
147.	Cultura de segurança do paciente: da percepção à avaliação	WEB OF SCIENCE	2021	Ana Brito Passos Djanilson Santos Marta Maria de Franca Fonteles	Journal of young pharmacists
148.	Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária	WEB OF SCIENCE	2019	Raimondi DC, Bernal SCZ, Matsuda LM	Revista de Saúde Pública
149.	Percepção dos gerentes sobre a adesão de um hospital público ao programa nacional de	WEB OF SCIENCE	2019	Geórgia Kerley da Silva Márcia Cristina Zago Novaretti	Revista de gestao em sistemas de saude-rgss

	segurança do paciente (pnsp)			Marcelo Caldeira Pedroso	
150.	Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente	WEB OF SCIENCE	2013	Jamile Mika Yoshikawa Bruna Elisa Catin de Sousa Maria Angélica Sorgini Peterlini Denise Miyuki Kusahara Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira Ariane Ferreira Machado Avelar	Acta paulista de enfermagem
151.	Avaliação da cultura de segurança do paciente na unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital público	WEB OF SCIENCE	2021	Tavares LT, Silva GSS, Macêdo LLS, Guimarães MAP, Albergaria TFS, Junior EPP.	Revista de pesquisa-cuidado e fundamental online
152.	Cultura de segurança do paciente em hospital privado	WEB OF SCIENCE	2018	Lidiane Golle; Danieli Ciotti; Gerli Elenise Gehrke Herr; Fabiele Aozane; Catiele Raquel Schmidt	Revista de pesquisa-cuidado e fundamental online
153.	Análise de notificação de eventos adversos através da pesquisa da cultura de segurança do paciente	WEB OF SCIENCE	2020	Roberta Flecher Barbosa Teodoro , Alexandre Sousa da Silva , Mônica de	Revista de pesquisa-cuidado e fundamental online

				Almeida Carreiro , Rafael de Lima Bilio , Danielle Galdino de Paula	
154.	Cultura de segurança do paciente: perspectiva de trabalhadores da saúde e apoio	WEB OF SCIENCE	2021	Baratto MA, Seidel EJ, Morais BX, Munhoz OL, Silva SC, Zottele C, et al.	Acta paulista de enfermagem
155.	Relação entre sintomas depressivos, burnout, satisfação no trabalho e cultura de segurança do paciente em trabalhadores de um hospital universitário da Amazônia brasileira: estudo transversal com modelagem de equações estruturais	WEB OF SCIENCE	2022	Marcélia Célia Couteiro Lopes , Carmen Conceição Carrilho Oliva, Nádia Maria Soares Bezerra, Marcus Tolentino Silva, Tais Freire Galvão	São Paulo Medical journal
156.	Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento	WEB OF SCIENCE	2018	Paixão DPSS, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA.	Revista brasileira de enfermagem
157.	Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem	WEB OF SCIENCE	2015	Patricia campos pavan baptista , marcelo pustiglione , mirian cristina dos santos almeida	Revista da escola de enfermagem da USP

				, vanda elisa andres felli , ana claudia alcantara garzin , marta maria melleiro	
158.	Indicadores de efetividade da assistência de enfermagem na dimensão segurança do paciente	WEB OF SCIENCE	2020	Seiffert LS, Wolff LDG, Ferreira MMF, Cruz EDA, Silvestre AL	Revista brasileira de enfermagem
159.	Fatores que influenciam o clima de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: estudo transversal	WEB OF SCIENCE	2021	Ranielle de Lima Silva Nunes , Ana Elisa Bauer de Camargo Silva*, Juliana Carvalho de Lima, Dayse Edwiges Carvalho , Cristina Alves Bernardes , Tanielly Paula Sousa , Fernanda Raphael Escobar Gimenes and Ana Claudia Andrade Cordeiro Pires.	Bmc nursing
160.	Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual	WEB OF SCIENCE	2016	Oliveira HM, Silva CPR, Lacerda RA	Revista da escola de enfermagem da USP

161.	Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa	WEB OF SCIENCE	2013	Ana Maria Müller de Magalhães Clarice Maria Dall'Agnol Patricia Beryl Marck	Revista latino-americana de enfermagem
162.	Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro	WEB OF SCIENCE	2013	Walter Mendes ,*, Ana Luiza B. Pavão , Monica Martins , Maria de Lourdes de Oliveira Moura e Claudia Travassos	Revista da associacao medica brasileira
163.	Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva	WEB OF SCIENCE	2018	Duarte SCM, Stipp MAC, Cardoso MMVN, Büscher A.	Revista da Escola de Enfermagem da USP
164.	Fragilidades na cultura de segurança do paciente na perspectiva de trabalhadores de um hospital geral	WEB OF SCIENCE	2018	Kahl Beck, M. ., Loro, M. M. ., Casali Bandeira, V. A. ., Schmidt, C. R. ., Dal Pai, S. ., Renner Bandeira, L., & Bernat Kolankiewicz, A. C.	Mundo da Saúde
165.	Cultura de segurança na percepção dos profissionais de saúde de hospitais públicos	WEB OF SCIENCE	2021	: Carvalho PA, Amorim FF, Casulari LA, Gottens LBD	Revista de Saúde Pública

166.	Metodologias ativas para cultura de segurança	WEB OF SCIENCE	2019	Priscila Portes Almeida	Vigilancia sanitaria em debate-sociedade ciencia & tecnologia
167.	Tipos e frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos endovenosos	WEB OF SCIENCE	2018	Mendes JR, Lopes MC, Vancini-Campanharo CR, Okuno MF, Batista RE.	Einstein-sao paulo
168.	Avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática de Farmacovigilância entre Profissionais de Saúde no Brasil	WEB OF SCIENCE	2020	José Romério Rabelo Melo,*, Elisabeth Carmen Duarte, Karla de Araújo Ferreira, Yannie Silveira Gonçalves, Marcelo Vogler de Moraes, Paulo Sergio Dourado Arrais	Journal of young pharmacists
169.	Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral	WEB OF SCIENCE	2018	Figueiredo ML, Oliveira e Silva CS, Brito MFSF, D'Innocenzo M.	Revista brasileira de enfermagem
170.	Critérios auditáveis para implementação de melhores práticas na adesão ao checklist cirúrgico	WEB OF SCIENCE	2021	Cabral DB, Pereira ML, Fernandes MS, Fincatto S, Kuczmainski AG, Korb A.	Acta paulista de enfermagem

171.	Treinamento para enfermagem sobre administração de medicamentos na pediatria: avaliação do comportamento observado e autorreferido	WEB OF SCIENCE	2021	Custódio IL, Lima FET, Pascoal LM, Barbosa LP, Pinheiro PNC, Barbosa IV, et al.	Rev Bras Enferm
172.	Novas tecnologias para monitorar a higiene das mãos dos profissionais de saúde	WEB OF SCIENCE	2013	A. R. Marra B. and M. B. Edmond	Clin Microbiol Infect
173.	Erros de medicação em pacientes críticos durante a reconciliação medicamentosa: análises e manejo clínico	WEB OF SCIENCE	2022	Liana Silveira Adriano iD ; Juliana Ribeiro Ibiapina; Nirla Rodrigues Romero; Alisson Menezes Araújo Lima; Ângela Maria de Souza Ponciano; Marta Maria de França Fonteles	Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences
174.	Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem	WEB OF SCIENCE	2013	Elena Bohomol Juliana de Abreu Tartali	Acta paulista de enfermagem
175.	Complicações da cirurgia da coluna vertebral: um problema não resolvido - A Lista	WEB OF SCIENCE	2020	Giovanni Barbant i-Brodano Cristiana Grifoni · Jarkko Halme ·	European spine journal

	de Verificação Cirúrgica de Segurança da Organização Mundial da Saúde é uma ferramenta útil para reduzi-las?			Giuseppe Tedesco · Silvia Terzi · Stefano Bandiera · Riccardo Ghermandi · Gisberto Evangelisti · Marco Girolami · Valerio Pipola · Alessandro Gasbarri · Asdrubal Falavigna	
176.	Utilização de estratégias de segurança na identificação da criança para administração de medicamentos	WEB OF SCIENCE	2014	Sabrina de Souza Patrícia Kuerten Rocha Patrícia Fernanda de Almeida Cabral Denise Miyuki Kusahara	Acta paulista de enfermagem
177.	Fatores associados a complicações relacionadas a dispositivos mecânicos em pacientes alimentados por sonda: um estudo de coorte prospectivo multicêntrico	WEB OF SCIENCE	2020	Fernanda Raphael Escobar Gimenes , Flávia Fernanda Luchetti Rodrigues Baracioli Adriane Pinto de Medeiros , Patricia Rezende do Prado , Janine Koepp	Plos one

				, Marta Cristiane Alves Pereira , Camila Baungartner Travisani , Soraia Assad Nasbine Rabe , Fabiana Bolela de Souza , Adriana Inocenti Miasso	
178.	Desafio da higienização das mãos para a implantação dos bundles de cateter venoso central	WEB OF SCIENCE	2018	Thabata Coaglio Lucas, Poliana Lopes Campos de Sá, Laura Petronilha dos Santos, Cleyde Amaral Leite, Ana Luisa de Paulo Caldeira, Adriana Cristina de Oliveira.	Revista de epidemiologia e controle de infeccao