

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

CARLA ROBERTA MOREIRA DA SILVA

**GESTÃO DO CONHECIMENTO COM FOCO NA SEGURANÇA DO
PACIENTE: PROPOSTA DE UM MODELO DE GESTÃO PARA HOSPITAIS**

São Paulo

2015

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

CARLA ROBERTA MOREIRA DA SILVA

**GESTÃO DO CONHECIMENTO COM FOCO NA SEGURANÇA DO
PACIENTE: PROPOSTA DE UM MODELO DE GESTÃO PARA HOSPITAIS**

São Paulo

2015

Carla Roberta Moreira da Silva

**GESTÃO DO CONHECIMENTO COM FOCO NA SEGURANÇA DO
PACIENTE: PROPOSTA DE UM MODELO DE GESTÃO PARA HOSPITAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Orientadora: Prof. Dra. Lara Jansiski Motta

São Paulo

2015

Silva, Carla Roberta Moreira da.

Gestão do conhecimento com foco na segurança do paciente: proposta de um modelo de gestão para hospitais./ Carla Roberta Moreira da Silva. 2015.

101 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2015.

Orientador (a): Profa. Dra. Lara Jansiski Motta.

1. Gestão do conhecimento. 2. Aprendizagem organizacional. 3. Aprendizagem organizacional. 4. Incidentes de segurança do paciente. 5. Notificações.

I. Motta, Lara Jansiski

II. Título

CDU 658:616

CARLA ROBERTA MOREIRA DA SILVA

**GESTÃO DO CONHECIMENTO COM FOCO NA SEGURANÇA DO
PACIENTE: PROPOSTA DE UM MODELO DE GESTÃO PARA HOSPITAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Prof. Dr. Lara Jansiski Motta Professora Orientadora – Universidade Nove de Julho - UNINOVE

Profa. Dra. Marcia Mello Costa de Liberal - Membro externo da Banca – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Profa. Dra. Simone Aquino - Membro interno da Banca – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof. Dr. Érico Marcos de Vasconcelos – Profissional de mercado – Ministério da Saúde

São Paulo, 07 de Dezembro de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu marido que sempre me estimulou a estudar, colaborando com o meu desenvolvimento pessoal e profissional e dedico também ao meu filho, pelos momentos em que estive ausente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo milagre da vida, pela saúde e pela motivação em participar deste curso.

Agradeço à Reitoria da Universidade Nove de Julho pela concessão da bolsa de estudos.

Agradeço aos professores Milton Soibelman Lapchik e Marcos Piscopo por contribuírem com o meu desenvolvimento intelectual enquanto foram meus orientadores.

Agradeço a professora Estela Barbosa Capelas pela dedicação ao orientar esse e outros trabalhos.

Agradeço a professora Lara Jansiski Motta pela paciência e por contribuir com a finalização desse trabalho.

Agradeço a todos os professores do Programa de Mestrado Profissional em Administração: Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE.

RESUMO

Os incidentes de segurança do paciente ocorrem por vários fatores e são potencializados pela ineficiência do mecanismo de registro de notificações. São as notificações que trazem à tona o conhecimento, a dimensão e a intensidade do problema que aflige os hospitais no que se refere a erros durante a assistência. A prevenção de incidentes é pautada em preceitos legais e éticos e é um desafio para Organização Mundial da Saúde e para os órgãos competentes. Com o aumento das notificações, os responsáveis pelo núcleo de segurança do paciente têm mais informações e podem delinear estratégias para evitar eventos adversos. O objetivo desse trabalho é apresentar uma proposta de modelo de gestão do conhecimento desenvolvido para aumentar o volume do registro de notificações de incidentes de segurança do paciente em hospitais públicos. Para subsidiar a proposta do modelo, este estudo foi exploratório e o procedimento metodológico utilizado foi o levantamento bibliográfico. Para complementar esta averiguação, foram retrospectivamente analisadas as notificações de incidentes de segurança do paciente desenvolvidas pela equipe multiprofissional em 2014 em um ambulatório público de grande porte. Esta dissertação também apresentou uma abordagem quantitativa descritiva que ocorreu mediante a aplicação de um questionário estruturado fechado aos membros da equipe multiprofissional do ambulatório. Os dados encontrados na pesquisa documental foram confrontados com os resultados do questionário e tudo indica que se os profissionais fossem tão adeptos à cultura da notificação como se mostraram em teoria, o volume de registros no período de um ano seria mais expressivo. Após a análise dos dados coletados elaborou-se uma proposta de modelo de gestão do conhecimento que pode colaborar com o desenvolvimento de estratégias preventivas mais eficientes. Neste sentido, todos poderão se beneficiar, o paciente do hospital que terá um atendimento mais seguro, o profissional que executará o trabalho de forma sistemática e a sociedade com a redução de custos extraordinários por procedimentos causados por danos desnecessários. É importante que as pessoas envolvidas na assistência recebam *feedbacks* constantes acerca dos benefícios de seus esforços no que se refere à adesão à prática da notificação.

Palavras-chave: Gestão do conhecimento, Aprendizagem Organizacional, Segurança do paciente, Incidentes de segurança do paciente, Notificações.

ABSTRACT

Incidents regarding the safety of the patient happen for many reasons and are increased by the inefficiency of the mechanism to register notifications. They enlighten the knowledge, the dimension and the intensity of the problem that afflict hospitals when it comes to mistakes made during the assistance. The prevention of incidents is based on legal and ethic norms and is a challenge for the World Health Organization and the responsible organs. By increasing the notifications, those in charge for the nucleus of patient safety have more information and can set strategies to avoid adverse events. The objective of this work is to present a proposal of a knowledge management model developed to increase the volume of the registrations of notifications regarding incidents of patient safety in public hospitals. To subsidize the proposal of the model, this study was exploratory and the methodology of literature review was applied. In order to complete this research, notifications of patient safety developed by a multi-professional team in 2014 at a public clinic were retrospectively analyzed. This dissertation also presented a descriptive quantitative approach, which occurred through the application of a structured questionnaire on the members of the multi-professional team of the clinic. Data found on the documental research were confronted with the questionnaire results and everything seems to show that if professionals adopted the culture of notifying, as they theoretically showed, the volume of registrations in a one year period would have been more expressive. After analyzing the collected data, a proposal of a knowledge management model was elaborated, which can collaborate with the development of more effective preventive strategies. That is, everyone can benefit from it; the patient will have a safer attendance; the professional will work more systematically; society will reduce extraordinary costs with procedures performed because of unnecessary damages. It is important that the involved people receive constant feedbacks about the benefits of their efforts when it comes to adopting the practice of notifying.

Keywords: Knowledge management, Organizational Learning, Safety of the patient, Safety incidents of the patient, Notifications.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

EA – Evento Adverso

GC – Gestão do Conhecimento

IDSUS – Índice de Desempenho do SUS

IOM – *Institute of Medicine*

KDCA – *Knowledge, Do, Check, Act*

ME – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NOTIVISA – Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização PanAmericana

PSP – Plano de Segurança do Paciente

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WHO – *World Health Organization*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Espiral do conhecimento

Figura 2 – Notificações realizadas – NOTIVISA

Figura 3 – Estrutura Ambulatorial Geral

Figura 4 - Construto

Figura 5 – Diretrizes organizacionais OPAS/OMS no Brasil

Figura 6 – Definições de prioridades

Figura 7 – Modelo de Gestão do Conhecimento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Eventos adversos comuns

Tabela 2 – Indicadores de eventos adversos

Tabela 3 – Notificações de 2014

Tabela 4 – Profissões

Tabela 5 – Conhecimento sobre incidentes de segurança do paciente

Tabela 6 – Treinamento de incidentes de segurança do paciente

Tabela 7 – Monitoramento da notificação

Tabela 8 – Registro de incidentes de segurança do paciente

Tabela 9 – Prioridade da notificação

Tabela 10 – Fatores que dificultam a notificação

Tabela 11 – Consequências da notificação

Tabela 12 – Anonimato da notificação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	20
1.1.1	Questão de Pesquisa	23
1.2	OBJETIVOS	23
1.2.1	Geral	23
1.2.2	Específicos	23
1.3	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	24
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO	26
2	REFERENCIAL TEÓRICO	28
3	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	57
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	57
3.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	59
3.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	64
3.4	LIMITAÇÕES DA PESQUISA	65
4	RESULTADOS DA PESQUISA	67
4.1.	PROPOSTA DO MODELO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO	74
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA	92
5.1.	SUGESTÕES DE PESQUISA FUTURAS.....	94
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICES	101

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Há quatro ondas que retratam os fatores críticos de mudança e competitividade ao longo da história da humanidade; a primeira remete a era agrícola e teve duração de aproximadamente seis mil anos. Neste período a fonte principal de riqueza era a terra. A segunda onda de mudança é a chamada era industrial e perpetuou por aproximadamente trezentos anos, a principal fonte de riqueza passou a ser o capital. Este período foi marcado pelo desenvolvimento da máquina a vapor e mais tarde pelo volume de pessoas que abandonavam as terras e migravam para as cidades em busca de trabalho. A terceira onda é chamada de era da informação e teve início há algumas décadas com a popularização dos computadores e da internet, a principal característica deste período é o fácil acesso a informação (Silva & Neves, 2003).

Gradativamente a era da informação tem sido substituída pela onda do conhecimento ou era do conhecimento, assim quem passa a ter poder é quem detém o conhecimento e principalmente quem sabe aplicá-lo para gerar vantagem competitiva. Silva e Neves (2003) postulam que enquanto na era industrial havia a valorização do trabalho braçal, a gestão dos ativos tangíveis, a produção em massa, a padronização e as organizações eram estruturadas pela hierarquia, na era do conhecimento, os fatores críticos de mudança e competitividade consistem na valorização do intelecto, na gestão dos ativos intangíveis, na diversidade de produtos e serviços, na customização e nas organizações estruturadas por redes de computadores.

Brito, Oliveira e Castro (2012) mencionam que muitas empresas ainda atuam sob os preceitos da administração clássica pautados na era industrial, pois incentivam rotinas de trabalho e não consideram que experiências e julgamentos individuais e grupais originam novos conhecimentos. A principal preocupação que culminou na gestão do conhecimento era fazer com que, apesar da saída de funcionários considerados importantes para o bom andamento do negócio, o conhecimento prevalecesse na organização, pois ela perdia quando seus empregados se aposentam ou trocavam de emprego.

Por outro lado, para Alvares, Batista e Junior (2012) a gestão do conhecimento surgiu a partir do volume de publicações relacionadas à capital humano, capital intelectual e gestão

de ativos intangíveis. Stefano, Casarotto Filho, Freitas e Martinez (2014), Cruz e Alves (2013) e Faria (2014) postulam que o capital humano envolve a formação, a experiência e os valores dos empregados. Os ativos intangíveis são os bens incorpóreos da organização que, no longo prazo, geram benefícios e o capital intelectual é composto por um conjunto de ativos intangíveis que agregam valor econômico para a organização.

A gestão do conhecimento também foi influenciada pela popularização do acesso à informação desencadeada pelos avanços computacionais que ocorreram nas últimas décadas do século passado. Para estes autores os esforços no que tange o compartilhamento do fluxo da informação e do conhecimento são elementos cruciais para a inovação e conseqüentemente para a competitividade corporativa. Silva e Neves (2003) também descrevem que a princípio a gestão do conhecimento surgiu para minimizar os danos causados pela saída dos empregados, mas com o passar dos anos o conhecimento tornou-se um recurso econômico importante e o foco da gestão do conhecimento mudou drasticamente, pois o conhecimento passou a ser sinônimo de vantagem competitiva e as organizações contemporâneas passaram a entender que o conhecimento agrega valor e diferencial competitivo na medida em que é materializado em produtos e serviços através de ideias inovadoras.

Enquanto Silva e Neves (2003) e Brito *et al.*, (2012) reconhecem que o desafio em se gerir o conhecimento consiste no fato dele ser intangível e pertencer às pessoas. Alvares *et al.*, (2012) acreditam que este desafio é resultado da falta de investimentos em ferramentas computacionais que favorecem a obtenção, a utilização, a aprendizagem, a disseminação, a avaliação e o descarte do conhecimento.

Independente da perspectiva é evidente que estimular o conhecimento, compartilhá-lo, armazená-lo e comercializá-lo tornou-se primordial para as organizações do novo milênio, pois a concepção contemporânea acerca da gestão do conhecimento é muito mais abrangente que a manutenção do *turn over* dos funcionários, visto que apesar das pessoas de novas gerações trocarem de emprego constantemente, na chamada nova economia valoriza-se a capacidade inovadora, o diferencial, a criação de valor acrescentado e percebido, a capacidade de se adaptar à mudança e a aprendizagem ativa e permanente (Silva & Neves, 2003).

Nonaka e Takeuchi (1997) indicam que o saber, tanto no aspecto individual quanto no grupal, é valioso e cabe às empresas criarem condições para que a tomada de decisão seja subsidiada pelo conhecimento. Para estes autores o conhecimento transcende o acúmulo de informações, pois envolve compreensão, articulação e interpretação da realidade. Takeuchi e Nonaka (2008) classificam o conhecimento humano em tácito e explícito. Para eles, entender estes conhecimentos é primordial para que se entenda o próprio conceito de gestão do

conhecimento. Para Carvalho (2012) e Angeloni (2008) o conhecimento tácito é criado por indivíduos e desenvolvido pela experiência, é pessoal e difícil de ser comunicado e transferido, é implícito e atrelado a emoções e intuições.

O conhecimento explícito é facilmente difundido em palavras, números e fórmulas, pois é articulado em linguagem formal e encontrado em livros, manuais, documentos e expressões matemáticas. É objetivo, visível e de fácil transmissão, Nonaka e Takeuchi (1997) alertam que este tipo de conhecimento pode não fazer sentido se estiver desvinculado de contextos específicos. Por meio de tais elementos emerge o conceito de gestão do conhecimento atrelado a capacidade sistemática e proposital de aplicar o conhecimento em práticas administrativas para melhorar a eficiência e o retorno sobre os investimentos em ativos de conhecimento da organização (Brito *et al.*, 2012). Em outros termos Angeloni (2008) aponta que a gestão do conhecimento organizacional envolve a administração, a aquisição, a criação, o compartilhamento, o armazenamento e a utilização do conhecimento no contexto corporativo.

Para que o conhecimento seja compartilhado, ele deve ser difundido através do processo de conversão do conhecimento (Takeuchi & Nonaka, 2008). Fundamentado na interação entre conhecimentos tácitos e explícitos, o processo de conversão do conhecimento é altamente recomendável na propagação de melhores práticas e envolve quatro dimensões: 1) socialização, 2) externalização, 3) combinação e 4) internalização. Tendo ainda como base Takeuchi e Nonaka (2008) esta interação entre conhecimentos tácitos e explícitos se dá da seguinte forma: na socialização ocorre troca de experiências, esta etapa envolve habilidades técnicas e comportamentais compartilhadas e a aprendizagem ocorre mediante observação e imitação, e independe da linguagem.

Na medida em que grupos de indivíduos são mobilizados na aprendizagem de um único conhecimento tácito ocorre a externalização, percebida a partir de reflexões e discussões. Nesta etapa do processo de conversão do conhecimento há a articulação do que foi aprendido em conceitos explícitos. Conforme Nonaka e Takeuchi (1997) a externalização envolve reflexão coletiva e através da dedução e indução ocorre a criação de um novo ou melhorado conceito. A combinação ocorre mediante a sistematização de conceitos e disseminação de informações. Para que a aprendizagem e a mudança de comportamento se tornem mais efetivos é necessário que estas etapas sejam reforçadas periodicamente, pois a internalização é a incorporação do novo conhecimento em práticas profissionais.

1.1.1 Gestão do conhecimento e segurança do paciente

A gestão do conhecimento pode ser aplicada em diferentes contextos corporativos, pois tem se mostrado eficiente na propagação de melhores práticas, o que se propõe neste estudo é que os preceitos desta teoria sejam aplicados no ambiente hospitalar em prol da segurança do paciente. Para Machon e Junior (2014) através do programa denominado *World Alliance for Patient safety*, a Organização Mundial da Saúde [OMS] atraiu a atenção de acadêmicos e profissionais da área no que se refere a falhas comumente cometidas durante a assistência a saúde. Ações de prevenção de incidentes são desenvolvidas com o propósito de evitar a exposição de pacientes a erros passíveis de prevenção.

Essas ações são desenvolvidas, principalmente através da análise das notificações das falhas, espera-se que a gestão do conhecimento promova inovação organizacional para que a aprendizagem acerca dos registros dos incidentes de segurança do paciente seja incorporada à memória corporativa. Com base nos conceitos apresentados por Coelho (2014) para que haja compreensão acerca da gestão do conhecimento, é preciso estabelecer o significado de dados, informações e conhecimento. Partindo do entendimento de Angeloni (2008), dados são registros sem significados, porém um conjunto de dados compõem a informação, a informação processada pelo indivíduo pode levá-lo a desenvolver conhecimento e o conhecimento pode habilitar a ação no que se refere a tomada de decisão acertada.

As notificações dos incidentes no ambiente hospitalar corroboram com o desenvolvimento de políticas e práticas em prol da segurança do paciente (Capucho, Arnas & Cassiani, 2013), pois cada notificação pode ser entendida com um dado, todas as notificações desenvolvidas em um determinado período geram informações e ao serem analisadas, essas informações levam ao conhecimento e conseqüentemente ao desenvolvimento de alternativas de enfrentamento que podem prevenir a ocorrência de incidentes de segurança do paciente e eventos adversos [EA].

Antes de discorrer sobre notificações ou subnotificações de incidentes de segurança do paciente e EA é oportuno apreciarmos publicações sobre segurança do paciente. Culturalmente é comum que a ocorrência de erros seja associada à responsabilidade do indivíduo, portanto as pessoas tentam evitar que eles aconteçam para que não sofram retaliações. Capucho e Cassiani (2013) descrevem que na idade média, os médicos recebiam de acordo com as implicações dos pacientes após o tratamento, e aqueles profissionais que não eram considerados eficientes tinham parte de seus corpos mutilados.

A punição para os erros se tornou mais branda ao longo dos anos, mas a cultura da culpa e do castigo perpetuou nas instituições de saúde espalhadas pelo mundo por muito tempo. Em um passado recente os erros que ocorriam durante a assistência eram atribuídos a profissionais mal preparados ou inexperientes, no entanto após a OMS aferir que milhares de pessoas são expostas a situações de risco em todo o mundo, o aprimoramento da segurança do paciente e da qualidade da assistência à saúde tem sido discutido em âmbito global.

Em meados das décadas de 1980 e 1990 o *Institute of Medicine* [IOM] analisou milhares de prontuários em Nova Iorque, Colorado e Utah e junto a outros estudos esta instituição encontrou um número expressivo de erros relacionados à assistência à saúde. Esses erros se referiam a administração de medicação, falhas de comunicação em unidades de terapia intensiva [UTI], falhas em altas hospitalares, objetos encontrados em pacientes após a cirurgia, operação de membros saudáveis, alta dosagem de quimioterápicos, transplantes mal sucedidos e inúmeros outros incidentes desta natureza. Estes erros se tornaram conhecidos a partir da publicação do relatório “*Errar é humano*” em 1999, documento que apresentou uma estimativa de que entre 44 mil a 98 mil americanos perdiam suas vidas por problemas relacionados à assistência à saúde a cada ano (Wachter, 2013).

Este documento estimulou um abrangente campo de estudos que tornou pública a aceitação e o conhecimento de que falhas e acidentes fazem parte da rotina na assistência à saúde, pois a falibilidade é uma condição inerente ao homem (Neto, 2006). Assim, teve início o movimento de segurança do paciente há algumas décadas.

A segurança do paciente é compreendida como um conjunto de esforços que reduz práticas não seguras em um sistema de assistência à saúde que segundo Fernandes, Tourinho, Souza e Menezes (2014) transcende os cuidados livres de danos, pois envolve a realização de procedimentos no momento certo, de maneira eficaz, imparcial, balizando os cuidados em evidências científicas que atendem não só as necessidades individuais, como também as integrais que abrangem a família do paciente.

Para Wachter (2013) a literatura sobre segurança do paciente é abrangente e complexa e as complicações nas quais os pacientes são submetidos durante o tratamento, muitas vezes são desencadeadas por suas condições médicas e envolvem morbidade e mortalidade. Os incidentes em segurança do paciente são classificados em 1) incidentes sem danos, 2) incidentes com danos ou EA e 3) *near miss* ou quase erro, neste caso o mais recomendado seria adotarmos o termo potencial evento adverso. Os desfechos adversos ou EA são lesões não intencionais desencadeadas por cuidados médicos ou ausência de tratamento que

culminam na demanda de cuidados adicionais ou em caso extremos, podem evoluir para o óbito.

Seguindo esta linha de raciocínio, Capucho e Cassiani (2013) descrevem que falhas ou acidentes associados a resultados negativos em saúde são considerados incidentes e podem ocorrer de várias formas, gerando consequências superficiais ou permanentes aos pacientes. Independente dos danos causados, os incidentes e os EA são intimamente relacionados à qualidade da assistência à saúde e à segurança do paciente.

É importante ressaltar que é muito comum haver complicações no quadro de saúde de um paciente durante o tratamento sem que haja erros humanos, pois, os efeitos colaterais desencadeados pelo próprio tratamento ou consumo excessivo de medicação fazem parte da rotina hospitalar, assim torna-se necessário diferenciar EA evitáveis de EA não evitáveis. Para Capucho e Cassiani (2013) cerca de 70% dos EA que ocorrem no Brasil são evitáveis. Neto (2006) descreve que as práticas não seguras na atenção à saúde devem ser prevenidas, pois os equívocos também podem causar prejuízos às instituições.

Em 2004 a World Health Organization [WHO] iniciou a aliança mundial para a segurança do paciente que prevê a participação dos países membros no desenvolvimento de políticas e diretrizes para a assistência mais segura (<http://www.who.int/en>). No Brasil, apesar do incentivo do Ministério da Saúde [MS] e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA], a adesão às práticas de segurança do paciente por parte das instituições de saúde é considerada baixa devido à cultura destas organizações não ser voltada para este tema. É evidente que os complexos processos assistenciais precisam de atenção permanente em prol da segurança do paciente, principalmente no contexto hospitalar.

Dentre os principais desafios do país no que se refere a isso há o alto índice de rotatividade dos profissionais da área da saúde, a falta de capacitação destes profissionais, o mau uso de tecnologias, o número limitado de hospitais que investem em ensino e pesquisa e para agravar a situação, há a baixa continuidade da assistência ao paciente (Capucho & Cassiani, 2013). Somente as instituições consideradas referência investem de fato em medicina baseada em evidências. Capucho e Cassiani (2013) propõem que o MS, a ANVISA, a Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS] e o Ministério da Educação [ME] unam forças e desenvolvam políticas que previnam danos evitáveis e minimizem os riscos dos incidentes de segurança do paciente.

1.1.2 Notificações de incidentes de segurança do paciente no SUS

Estas iniciativas para evitar, prevenir ou melhorar os EA fazem parte da política de segurança do paciente, entretanto a falta de investimento nestas políticas é mais um empecilho para as instituições que não avaliam seus processos de trabalho e tão pouco usam estas informações para melhorar a qualidade de sua prestação de serviços. O QualiSUS Rede é um projeto de formação e melhoria de qualidade desenvolvido pelo MS em 2011 que em conjunto com o índice de desempenho do SUS [IDSUS] subsidia o monitoramento do desempenho do sistema único de saúde [SUS] em território nacional (Capucho & Cassiani, 2013).

Este indicador de qualidade afere o desempenho do SUS no que tange o acesso e a efetividade da assistência. O IDSUS preconiza que, assim como ocorre em outros países, as regiões do Brasil que atingirem níveis de qualidade mais elevados recebam um repasse de verbas diferenciado. Este modelo de pagamento no país é chamado de pagamento por serviço executado, o que segundo Capucho e Cassiani (2013) estimula a sobreutilização de recursos não necessariamente vinculados a melhoria de qualidade o que leva a gastos desnecessários.

A implantação do programa nacional de segurança do paciente no Brasil corrobora com a prevenção quaternária cuja premissa básica é detectar os pacientes em situação de risco, evitando cuidados desnecessários que potencializam a ocorrência de incidentes de segurança do paciente. Tecnologias baseadas em evidências permitem o delineamento de estratégias éticas e humanizadas que evitam os riscos iminentes a assistência, viabilizando o compartilhamento do conhecimento dos resultados, positivos ou negativos em diferentes instituições a partir das notificações (ANVISA).

Corroborando estas ideias, o estudo de Paranaguá *et al.*, (2014) indica que estes incidentes em segurança do paciente são reforçados por múltiplos fatores, dentre eles falha de comunicação entre profissionais da saúde e pacientes, descontinuidade do cuidado, disseminação da responsabilidade durante a assistência, falhas nos sistemas de informações, ineficiência na incorporação de protocolos clínicos com base em evidências e mecanismo de registros ineficientes que empobrecem as notificações desses incidentes.

As notificações ou registros de incidentes de segurança do paciente subsidiam o sistema de saúde com informações que podem tornar a assistência mais segura. As ocorrências dos eventos adversos devem ser de conhecimento público para que os órgãos competentes desenvolvam políticas que estimulem as instituições de saúde a combatê-los. As notificações dos EA por parte dos profissionais de saúde são relativamente simples e de baixo

custo e geram informações muito importantes que sustentam o investimento em políticas de melhoria contínua no que se refere à segurança do paciente.

Capucho e Cassiani (2013) mencionam que a Rede Sentinela da ANVISA incentiva a cultura do relato voluntário, a acreditação e a adesão aos programas de qualidade através do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária [NOTIVISA]. Entretanto, apesar do crescimento gradativo no número de instituições que participam destes programas, estas ações são percebidas em apenas 13% dos leitos em território nacional. As notificações devem ser reforçadas para que as soluções para a segurança do paciente preconizadas pela OMS sejam alcançadas.

Uma das possíveis soluções para a segurança do paciente é a educação continuada, Ques, Montoro e González (2010) alertam que a formação e o desenvolvimento profissional podem ser aliados importantes no fomento da cultura da segurança, pois corroboram com a formação de profissionais sanitários e com a divulgação de publicações sobre o que tem sido discutido em evidências científicas em prol da segurança do paciente. Assim, a gestão do conhecimento aplicada a ações que potencializam a segurança do paciente, pode favorecer a incorporação de competências específicas no que se refere à adesão de notificação. Além disso, a participação dos pacientes atrelada a suas preferências e envolvimento com os cuidados clínicos também incrementam a política de segurança.

Através das notificações, a gestão do conhecimento pode ajudar os gestores a desenvolver programas que melhoram a qualidade dos serviços prestados em saúde e, conseqüentemente promover a segurança do paciente. Esta estratégia de gestão envolve uma série de procedimentos que valoriza o conhecimento e administra sua aplicação nas organizações (Coelho, 2014). O estudo sobre o conhecimento humano é inerente à própria história do homem e assim como em outros contextos sociais, o comportamento da empresa também pode ser explicado e analisado sob a perspectiva do conhecimento.

1.2 Formulação do problema

Todo ser humano é passível de erro, portanto os esforços em prol da segurança do paciente devem ser direcionados à mudança do indivíduo e à mudança do sistema de trabalho no qual estes indivíduos prestam seus serviços. As instituições da área da saúde, com suas práticas punitivas, acabam incentivando a subnotificação dos incidentes de segurança do paciente ou mesmo dos EA (Fernandes *et al.*, 2014). É imprescindível que os gestores em saúde percebam que o sistema também precisa ser mudado, não só o indivíduo, visto que para

Gallotti (2004) as complicações desencadeadas pelos EA não se relacionam com a evolução natural da doença, ocorrem em cerca de 10% dos procedimentos hospitalares e estão entre os principais desafios para o aperfeiçoamento da qualidade na área da saúde.

Muitos EA são passíveis de prevenção e, embora grande parte deles não cause consequências significativas aos pacientes, podem gerar incapacidade permanente ou óbito. Para Capucho *et al.*, (2013) e para Capucho e Cassiani (2013) a incidência de EA no Brasil é de 7,6% em pacientes internados, sendo que 70% deles são evitáveis. Os EA são responsáveis pela morte de quase cem mil pessoas nos Estados Unidos por ano. Dentre os EA mais comuns, destacam-se os cirúrgicos e os relacionados ao uso de medicamentos. Para Gallotti (2004 p. 114) os fatores que potencializam a ocorrência dos EA são:

a idade dos pacientes, a gravidade do quadro clínico inicial, a existência de comorbidades, a duração e a intensidade do cuidado prestado, a fragmentação da atenção à saúde, a inexperiência de jovens profissionais envolvidos no atendimento, a sobrecarga de trabalho, as falhas de comunicação, a introdução de novas tecnologias e o atendimento de urgência.

Os incidentes em segurança do paciente não devem ser tratados como resultados indesejados de ações isoladas, eles devem ser analisados sob a perspectiva sistêmica que envolve não só o âmbito de uma instituição de saúde, mas todo o sistema de saúde em nível global. Assim, a cultura da punição frente aos erros deveria ser erradicada para que a barreira do medo e da desconfiança seja eliminada. Caso contrário, a ocultação de falhas cometidas fará com que os gestores não tenham conhecimento da real dimensão destes problemas.

Estudos realizados em países desenvolvidos indicam que inúmeros incidentes e eventos adversos evitáveis que acarretam em sequelas ou mortes, comprometem a segurança do paciente. De acordo com a OMS, um a cada dez pacientes será vítima de um problema desta natureza. Milhões de pessoas em todo o mundo são vítimas de lesões e mortes provenientes de práticas em saúde consideradas inseguras. Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, os dados epidemiológicos neste sentido são insuficientes para o desenvolvimento de estudos conclusivos.

Pedreira (2009) descreve que os EA são a oitava causa de mortalidade nos Estados Unidos, pois em média, cem pessoas morrem diariamente por falhas provenientes da assistência à saúde naquele país. Os EA também causam prejuízo aos cofres públicos, visto que custam entre dezessete e vinte e nove bilhões de dólares para os Estados Unidos e cerca de dois bilhões de libras para o Reino Unido e Irlanda do Norte por ano (Mendes, Travassos, Martins & Noronha, 2005).

No Brasil existe um enorme viés no que tange os incidentes de segurança do paciente, pois eles deveriam ser computados a partir das notificações nos prontuários dos pacientes. Entretanto, Pavão, Andrade, Mendes, Martins e Travassos (2011) descrevem que muitos incidentes não são registrados. Os autores desenvolveram um estudo sobre o emprego do prontuário eletrônico como alternativa para suprir as necessidades de registro, mas constataram que este método apresenta baixa especificidade e requer revisão manual. Paiva, Paiva e Berti (2010) indicam que os registros das notificações viabilizam a análise dos erros e corroboram com o desenvolvimento de ações preventivas e corretivas em relação aos eventos adversos.

Promover a segurança dos pacientes tornou-se um desafio para os profissionais e para as organizações de saúde. Para Bohomol e Ramos (2007) embora as instituições hospitalares sofram uma forte influência de programas de acreditação hospitalar no que tange a adoção de notificação de EA como um indicador de gerenciamento da qualidade, o receio de retaliações favorece as não notificações ou subnotificações dos EA. Em meados de 2006 o Comitê Europeu de Segurança do Paciente preconizou a necessidade da segurança do paciente ser reconhecida como um campo da qualidade (Marchon & Junior, 2014).

Para que medidas preventivas sejam desenvolvidas a partir das notificações, é imprescindível que os formulários de registros sejam de fácil preenchimento e que as informações neles contidas não sejam utilizadas como base para ações disciplinares de caráter punitivo e sim como fonte de ações educacionais e mudanças estruturais e processuais. A comunicação por meio de notificações entre os profissionais de saúde e os integrantes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é imprescindível para melhorar a segurança do paciente e conseqüentemente, reduzir os danos causados pelos EA (ANVISA).

A identificação de falhas é importante para o desenvolvimento de práticas preventivas e corretivas na assistência à saúde, portanto as subnotificações prejudicam o avanço da ciência e o compartilhamento do conhecimento em prol de ações mais seguras durante a assistência.

De acordo com a ANVISA e MS, o Brasil possui mais de duzentos mil estabelecimentos assistenciais de saúde que expõem milhares de pacientes a riscos de EA. Muitos desafios precisam ser enfrentados para que a cultura da segurança do paciente seja difundida. Neste sentido, um passo importante para melhorar a qualidade dos serviços é estimular a comunicação dos profissionais da área em relação aos EA visto que as notificações viabilizam a coleta harmonizada de indicadores em serviços de saúde que

favorecem o gerenciamento dos riscos, reduzindo a exposição dos pacientes aos possíveis danos.

De acordo com Marchon e Junior (2014) a preocupação maior com a segurança do paciente aflige os hospitais, pois é nesse ambiente onde acontecem os tratamentos mais complexos, mesmo na atenção primária. A disseminação do conhecimento sobre os riscos de incidentes de segurança do paciente na saúde primária é um desafio para a OMS que discute a problemática desde 2012. Os EA mais comuns no ambiente hospitalar são relacionados à administração de medicamentos e diagnósticos.

Os autores ainda reportaram que na atenção primária, os incidentes de segurança do paciente estão presentes em cerca de 45% a 76% dos atendimentos. A falha de comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar, bem como entre o profissional e o paciente foi apontada como um dos fatores que mais contribuem com este volume de ocorrências.

1.2.1 Questão principal de pesquisa

De forma a direcionar a realização deste estudo, foi formulada a seguinte questão de pesquisa: Como a gestão do conhecimento pode promover subsídios para melhorar o controle de registro de incidentes de segurança do paciente em um ambulatório público localizado na cidade de São Paulo?

1.3 Objetivos da pesquisa

Para ajudar a solucionar o problema de pesquisa formulou-se como objetivo geral desse trabalho propor um modelo de gestão do conhecimento que promova o aumento do registro de notificações de incidentes de segurança do paciente e permita que o responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente transforme o conhecimento gerado a partir da análise dos formulários de notificações em ações preventivas.

1.3.1 Objetivos específicos

Assim, tornou-se necessário o delineamento dos seguintes objetivos específicos:

- 1) Levantar referências que permitam relacionar os incidentes de segurança do paciente, a cultura organizacional e as práticas de gestão do conhecimento.

2) Elaborar uma proposta de modelo de gestão do conhecimento para hospitais com foco na segurança do paciente que a partir do aumento das notificações melhora o controle do registro de incidentes.

1.4 Relevância do tema e justificativas

De acordo com Martins e Waclawovsky (2015) os gestores de organizações públicas enfrentam vários desafios que transitam entre a falta de planejamento à busca pela qualidade. O principal objetivo de qualquer instituição de saúde é a busca pela qualidade e, a partir do conhecimento acerca dos problemas que envolvem a gestão, ocorre o preparo profissional e o aprimoramento do processo de gerência. Além de comprometimento, características como agilidade, flexibilidade, organização, estruturação, planejamento e avaliação são imprescindíveis para os gestores do setor. Além de apresentar habilidades para lidar com informações de natureza técnico-científica, eles devem ter acesso a informações político-institucionais que dão suporte à formulação de programas e projetos que aprimoram a assistência à saúde.

Tendo em vista que qualquer ação humana é passível de erros, é preciso que não só as pessoas como as organizações em geral aprendam com eles (Senge, 2009). A ANVISA e o MS sugerem que as instituições de saúde tirem proveito dos atos que envolvam negligência, imperícia e imprudência que acarretam em incidentes de segurança do paciente, pois a análise destes problemas quase sempre culmina no desenvolvimento de estratégias que melhoram a segurança e a qualidade em serviços de saúde. Wachter (2013) também é adepto a ideia de que o aprendizado através dos erros já cometidos favorece a mudança de comportamento. Embora não seja possível eliminar todos os incidentes, muitas ações podem favorecer a prevenção dos riscos que são evitáveis.

A segurança do paciente está pautada em preceitos legais e éticos e é imprescindível que o sistema de saúde conheça seus erros para que possa propor alternativas para evitá-los e enfrentá-los. Os esforços, neste sentido, devem ser canalizados para a prevenção quaternária, que é a "detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis" (Norman & Tesser, 2009, p. 2013). Apesar de muitos pesquisadores discursarem sobre a problemática que envolve a segurança do paciente, existe um déficit de produção sobre medidas eficazes para sua promoção. Com o intuito de conhecer e avaliar as barreiras que os profissionais de enfermagem enfrentam em sua atuação profissional, Ques *et al.*, (2010)

estudaram o desenvolvimento da cultura da segurança na prática assistencial, bem como as oportunidades e desafios do sistema de saúde no que tange a prática de estratégias de segurança do paciente.

Dentre as estratégias que podem ser empregadas para o desenvolvimento de sistemas mais seguros, a simplificação e a padronização dos processos associadas à melhoria da comunicação e trabalho em equipe são altamente recomendados. Para Pedreira (2009) a excelência clínica só é possível mediante os seguintes fatores: a) acesso a informações científicas disponíveis, b) assistência ética e respeitosa, e c) alcance dos melhores resultados possíveis, pois as condutas dos profissionais na assistência a saúde são balizadas na aplicação contínua de conhecimentos científicos e tecnológicos. Apesar dos esforços para tornar o sistema de saúde mais seguro, os investimentos não atendem à expectativa dos profissionais que administram uma das mais complexas e dinâmicas atividades realizadas por seres humanos que é a assistência à saúde, pois a cultura da punição e da culpabilidade prevalece nas instituições de saúde e prejudica o desenvolvimento de sistemas de prevenção de erros humanos.

Para Campos, Figueiredo e Araújo (2013) a competitividade e a demanda pela qualidade eleva a importância do controle de falhas na assistência à saúde, pois além de colocar em risco a vida dos pacientes, essas falhas acentuam a ineficiência operacional e os custos. Respaldados pelo Código Civil e do Consumidor, pacientes reivindicam recursos oriundos de falhas na assistência, tornando a judicialização em saúde cada vez mais recorrente nesse país. Na percepção dos clientes, as falhas na assistência transcendem os incidentes de segurança do paciente, pois englobam a indiferença e a frieza dos profissionais de saúde no trato com seres humanos que estão emocionalmente suscetíveis ao serem submetidos a procedimentos hospitalares.

Associada a outros esforços, a gestão do conhecimento [GC] pode promover soluções para a segurança do paciente a partir do gerenciamento dos registros de incidentes e disseminação do conhecimento, tornando a comunicação dos profissionais de saúde com os gestores de saúde e mesmo com membros do sistema nacional de vigilância sanitária mais coesa. A GC também pode contribuir para que haja inovação organizacional e para que a aprendizagem, no se refere ao registro dos incidentes, seja incorporada na memória corporativa do hospital.

Para evitar EA a ANVISA vem disseminando o conhecimento em todo o território nacional através do portal para a divulgação de informações, relatórios técnicos e boletins, este instrumento viabiliza a comunicação direta com as vigilâncias sanitárias e coordenações

de controle de infecção. A Rede Consumo Seguro e Saúde das Américas [RCSS] é uma iniciativa da organização dos estados americanos [OEA] que em parceria com a organização PanAmericana da Saúde [OPAS] contribui com o entendimento e a concretização dos sistemas nacionais de vigilância de mercado nas Américas no que tange a comunicação do risco sanitário (ANVISA/MS).

Em relação ao cuidado seguro e a prevenção de EA evitáveis, para que haja aprendizagem organizacional efetiva, pautada em GC, é preciso que a cultura organizacional seja redesenhada e os erros e incidentes em serviços de saúde sejam relatados por meio de notificações. As notificações trazem à tona o conhecimento, a dimensão e a intensidade das ocorrências dos incidentes de segurança do paciente, incluindo os EA, permitindo que os gestores delineiem estratégias de enfrentamento que enfraqueçam a ocorrência destes incidentes. Jha *et al.*, (2013) descrevem que políticas preventivas devem ser desenvolvidas em todo o mundo para manter altos padrões de segurança e qualidade dentro dos sistemas de saúde, pois os EA são onerosos para as instituições de saúde e para o país, visto que além do aumento de consumo de recursos, muitas vezes, geram perda de salário e produtividade do cidadão que tem a saúde comprometida.

1.5 Estrutura da dissertação

A estrutura desta dissertação foi dividida em sete capítulos, o primeiro apresenta a introdução do trabalho, a formulação do problema, a questão principal de pesquisa, os objetivos, a relevância do tema e as justificativas.

O segundo capítulo apresenta a revisão de conceitos e definições sobre GC, aprendizagem organizacional, cultura organizacional, inovação organizacional, segurança do paciente, incidentes de segurança do paciente, notificações de incidentes de segurança do paciente e Legislação RDC 36/2013.

O terceiro capítulo retrata os métodos e técnicas de pesquisa, o delineamento da pesquisa, os procedimentos para coleta de dados, os procedimentos para análise do tratamento de dados e as limitações da pesquisa.

O quarto capítulo exhibe a análise e interpretação dos resultados.

O quinto capítulo contempla a apresentação e discussão do modelo de gestão do conhecimento, a proposta do modelo de gestão do conhecimento e o modelo de gestão do conhecimento proposto para promover o aumento do registro de notificações de incidentes de segurança do paciente nos hospitais públicos de São Paulo.

O sexto capítulo retrata as contribuições para a prática.

O sétimo capítulo apresenta as conclusões e recomendações da dissertação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Gestão do conhecimento

Dados, informações e conhecimento são elementos envolvidos na GC, pois frente ao crescimento sem precedentes do acesso à informação, o monitoramento informacional favorece a prospecção de cenários e conseqüentemente a tomada de decisão. Não cabe aqui analisarmos detalhadamente estes elementos, mas de acordo com Pereira, Hotêncio, Nascimento e Silva (2014) a GC identifica dados, informações e conhecimentos relevantes para a organização.

Dados são fragmentos de informações que não apresentam um significado inerente, pois não são conectados a um contexto específico. As informações podem ser desenvolvidas a partir de uma grande quantidade de dados que ao serem acumulados e inseridos a uma realidade, passam a ter significado. O conhecimento é desenvolvido quando, a partir da reflexão acerca das informações disponíveis, o indivíduo transforma sua realidade. Assim, não seria errôneo afirmar que o conhecimento é a informação processada que leva o indivíduo à ação (Angeloni, 2003).

O estudo sobre o conhecimento humano é inerente à história do homem, portanto estimular, compartilhar, armazenar e comercializar o conhecimento tornou-se primordial para as organizações do novo milênio. O comportamento da empresa pode ser explicado e analisado sob a perspectiva do conhecimento, pois na economia do conhecimento valoriza-se a capacidade inovadora, o diferencial, a criação de valor acrescentado e percebido, a capacidade de se adaptar à mudança e à aprendizagem ativa e permanente (Silva & Neves, 2003).

Para Carvalho (2012), o saber é valioso e o conhecimento vai além do acúmulo de informações, pois envolve compreensão, articulação e interpretação da realidade, relaciona-se ao significado que se atribui à informação. O conhecimento é a informação processada que habilita a ação; portanto, cabe às empresas criarem condições para que a tomada de decisão seja subsidiada por conhecimento. A GC valoriza dois tipos de conhecimento, Nonaka e Takeuchi (1997) os classificam como conhecimento tácito e explícito, os autores enfatizam a importância da compreensão destes tipos de conhecimento para a própria compreensão do conceito de GC.

Carvalho (2012) e Angeloni (2008) acreditam que o que caracteriza o conhecimento tácito é o fato de ser criado por indivíduos e desenvolvido, principalmente, pela experiência,

pois é um conhecimento pessoal, difícil de ser codificado, comunicado e transferido, é implícito, atrelado a emoções e intuições. É inconsciente, quase nunca é percebido, rico em detalhes, é adaptável, envolve dimensões técnicas e cognitivas. “O essencial para a aquisição do conhecimento tácito é a experiência compartilhada entre indivíduos. Sem isto é praticamente impossível que alguém consiga se projetar no processo de raciocínio de outra pessoa” (Carvalho, 2012 p. 17). O conhecimento tácito está na cabeça das pessoas e é desenvolvido em um contexto específico.

Por outro lado, como o nome sugere, o conhecimento explícito é facilmente transmitido, comunicado, difundido e expresso em palavras, números e fórmulas, é articulado em linguagem formal, é o conhecimento encontrado em livros, manuais, documentos e expressões matemáticas, é objetivo, visível e de fácil transmissão, Terra (2005) alerta que este tipo de conhecimento pode não fazer sentido se estiver desvinculado de contextos específicos. Para Takeuchi e Nonaka (2008) o conhecimento não é explícito ou tácito e sim, explícito e tácito, portanto composto por dois opostos complementares e interpenetrantes.

Por meio de tais elementos emerge o conceito de GC atrelado a capacidade sistemática e proposital de aplicar o conhecimento em práticas administrativas para melhorar a eficiência e o retorno sobre os investimentos em ativos de conhecimento da organização (Brito *et al.*, 2012). Nos últimos anos o conhecimento tem sido valorizado por acadêmicos e profissionais, pois interfere na economia e na concorrência. Por este motivo a necessidade em se gerenciar o conhecimento é cada vez mais emergente, a GC envolve processos que associam a criação, a organização, a difusão, a utilização e a exploração do conhecimento no âmbito organizacional (López-Nicolás & Meroño-Cerdán, 2011).

Em outros termos Angeloni (2008) aponta que a GC organizacional envolve a administração, a aquisição, a criação, o compartilhamento, o armazenamento e a utilização do conhecimento no contexto corporativo. Assim como Terra (2005) e Angeloni (2008), Stefano *et al.*, (2014) concordam que devido à pluralidade de fatores que envolvem suas práticas, a GC está entre os principais desafios organizacionais dos últimos anos. Esta estratégia é muito adotada por empresas contemporâneas que visam melhorar sua competitividade no mercado global. Esta modalidade de gestão envolve um conjunto complexo de procedimentos que visa administrar a aplicação do conhecimento no contexto organizacional (Angeloni, 2008).

Meihami e Meihami (2014) descrevem que o movimento da GC trouxe à tona a concepção de um processo gerencial que envolve captação, distribuição e uso efetivo do conhecimento. Para os autores, as publicações atuais remetem sua definição a uma estratégia de gestão aplicada ao capital intelectual que engloba, não só o conhecimento e capital

humano, mas também o conjunto de ativos intangíveis que agregam valor para as organizações. Esta perspectiva traz à tona uma abordagem multidimensional e multidisciplinar.

Partindo do princípio de que as corporações não podem criar conhecimentos sem os indivíduos, a gestão do conhecimento se dá quando a empresa gera condições para que as pessoas manifestem novas ideias e novos conhecimentos. Assim, é imprescindível que estas ideias ou conhecimentos sejam codificados ou materializados em documentos, ferramentas, produtos ou serviços. Desta forma o conhecimento deve ser disseminado a todos que compõem a organização, pois não é estratégico reter conhecimentos importantes.

É papel da organização se apropriar dessas ideias e conhecimentos para o alcance dos objetivos e para a conquista de vantagem competitiva, pois em tempos repletos de mudanças, as empresas que conseguirem tirar vantagem do cenário paradoxal ao qual estamos expostos, serão bem-sucedidas, pois poucas organizações são capazes de mudar com a velocidade em que o ambiente externo exige (Terra, 2005).

Para que o conhecimento seja compartilhado, deve ser difundido através do processo de conversão do conhecimento fundamentado na interação entre conhecimentos tácitos e explícitos. Este processo é altamente recomendável na propagação de melhores práticas e envolve quatro dimensões: 1) socialização, 2) externalização, 3) combinação e 4) internalização. Seguindo esta linha de raciocínio, Terra (2005) descreve que a socialização é a conversão do conhecimento tácito em conhecimento tácito. A externalização é a conversão do conhecimento tácito em conhecimento explícito. A combinação é a conversão do conhecimento explícito em conhecimento explícito e a internalização é a conversão do conhecimento explícito em conhecimento tácito, conforme se observa na Figura 1.

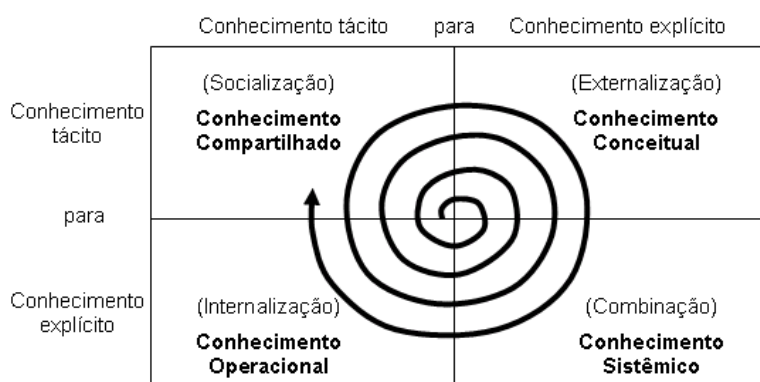


Figura 1 – Espiral do conhecimento.
Fonte: Adaptado de Nonaka e Takeuchi, 1997 pg. 81

Os elementos encontrados no processo de conversão do conhecimento ou espiral do conhecimento nos leva a refletir que na socialização ocorre a troca de experiência direta, de indivíduo para indivíduo. Esta dimensão envolve habilidades técnicas e comportamentais compartilhadas, a aprendizagem ocorre mediante observação e imitação, nem sempre quem ensina verbaliza com quem aprende. No âmbito organizacional, treinamentos práticos e simulações utilizam este princípio.

Conforme Takeuchi e Nonaka (2008) a externalização ocorre mediante a mobilização de grupos na aprendizagem de um conhecimento tácito através do diálogo e reflexão. Ela pode ser percebida a partir das discussões dos membros e a aprendizagem se dá do indivíduo para o grupo. Nesta etapa do processo de conversão do conhecimento acontece a articulação do que foi observado em conceitos explícitos. Assim, a comunicação acerca do que foi observado acontece por meio de associações e analogias.

Por envolver reflexão coletiva, dedução e indução, esta dimensão culmina na criação de um novo ou melhorado conceito. A linguagem indireta transporta mais facilmente conhecimentos tácitos em explícitos. A combinação é a interação entre conhecimentos explícitos. Sustentada pela sistematização de conceitos e disseminação de informações, principalmente através de redes de comunicação informatizadas, manuais ou banco de dados, ocorre através de programas de treinamentos formais do grupo para a empresa. Documentos ou manuais podem facilitar a interação entre conhecimentos explícitos.

Na internalização a aprendizagem ocorre da organização para o indivíduo, é o agrupamento do conhecimento e se dá, em maior proporção, mediante a expansão do saber prático dos envolvidos (Angeloni, 2008). A experiência é a melhor maneira de transformar conhecimentos explícitos em conhecimentos tácitos. Na internalização ocorre a aprendizagem efetiva, pois o conteúdo aprendido é repleto de significados e acarreta mudança de comportamento através da incorporação de um novo conhecimento tácito que pode ser observado na prática. O processo de conversão do conhecimento ou modelo SECI também é conhecido como espiral do conhecimento devido a seu caráter cíclico nas interações entre conhecimentos tácitos e explícitos.

Como se pode observar, para haver aprendizagem conceitual e mudança de comportamento, o processo de conversão do conhecimento deve fazer parte das políticas e práticas organizacionais. Entretanto, para que esta aprendizagem e mudança de comportamento se tornem mais efetivos é necessário que estas etapas sejam reforçadas periodicamente, pois a internalização é a incorporação do novo conhecimento em práticas profissionais. Autores como Eboli, Fischer, Moraes e Amorim (2010) defendem que na

medida em que os processos organizacionais passaram a exigir mais conhecimento, a aprendizagem deixou de ser prioridade apenas de instituições educacionais e passou a fazer parte da rotina corporativa.

2.1.2 Aprendizagem organizacional

A GC tem uma relação estreita com a aprendizagem organizacional, pois de acordo com Senge (2009) o conhecimento leva ao êxito da ação e só pode ser disseminado mediante processos de aprendizagem ativos e permanentes. Brito e Brito (2014) descrevem que a aprendizagem organizacional tem uma perspectiva interdisciplinar e seu conceito está em construção. A visão econômica é atrelada a melhorias quantificáveis que culminam em resultados positivos, pois afeta a produtividade e a estrutura organizacional. Para a Administração a aprendizagem tem cunho estratégico e promove diferencial para as empresas que nela investem.

Conforme Jiménez-Jiménez e Sanz-Valle (2011) as publicações sobre aprendizagem organizacional têm crescido significativamente nos últimos anos, estas pesquisas apresentam a ideia de que todo o processo que envolve novos *insights* e novos conhecimentos desenvolvidos a partir das experiências dos indivíduos, que potencialmente melhoram a capacidade empresarial, pode ser entendido como aprendizagem organizacional.

A aprendizagem organizacional ocorre nos níveis individual, grupal e organizacional. Tippins e Sohi (2003) citados por Jiménez-Jiménez e Sanz-Valle (2011) discorrem sobre cinco fases inerentes ao processo de aprendizagem na empresa, são elas: 1) aquisição de informações, 2) divulgação de informações, 3) interpretação compartilhada, 4) memória declarativa e 5) memória processual.

Como se observa, seguindo essa linha de análise, a criação, a distribuição, a transformação vinculada ao significado atribuído ao conhecimento, bem como a capacidade de incorporar estas mudanças à memória institucional são elementos importantes da aprendizagem organizacional (Jiménez-Jiménez & Sanz-Valle, 2011). As empresas com capacidade de aprender são as que melhor se adaptam às tendências e demandas do mercado, pois respondem mais rapidamente aos novos desafios.

Senge (2009, 2014) descreve que há cinco disciplinas norteadoras que ajudam as organizações a desenvolverem a aprendizagem, são elas: a) domínio pessoal, b) modelos mentais, c) visão compartilhada, d) aprendizagem em equipe e e) pensamento sistêmico. O domínio pessoal envolve a disposição do indivíduo de, ao aprender, ampliar suas capacidades

personais, envolve aprofundamento e objetividade. Embora se relacione com competências e habilidades, o domínio pessoal transcende esses elementos, as pessoas são mais criativas e não somente reativas.

O modelo mental envolve crenças e pressupostos arraigados que podem limitar a percepção da realidade, portanto quando isso acontece, eles precisam ser enfraquecidos, pois determinam a forma como as pessoas agem. Ainda com base neste autor, a visão compartilhada se refere à capacidade do indivíduo em se comprometer e se envolver com os objetivos organizacionais. Ocorre quando há estímulo e engajamento do grupo em prol do alcance dos objetivos futuros, envolve o delineamento de princípios e diretrizes.

Para Senge (2009) o aprendizado em equipe relaciona-se ao pensamento e a comunicação dos membros em prol do pensamento em conjunto. Assim, a equipe cria os mecanismos pelos quais os resultados almejados são alcançados, pois a tomada de decisão é coletiva. Já o pensamento sistêmico preconiza que a organização seja vista como um sistema integrado, uma vez que o trabalho do indivíduo, afeta o trabalho da equipe.

No que se refere às teorias sobre inovação, a aprendizagem organizacional promove eficiência inovadora, manifestada na forma de inovação incremental, descontínua e institucionalizada. A teoria das organizações e da psicologia entende que a aprendizagem organizacional ocorre do nível individual para o grupal, mediante os mecanismos de intuição, insights, interpretação, integração e, conseqüentemente, institucionalização (Brito & Brito, 2014).

Neste contexto, na medida em que a aprendizagem individual é disseminada, a cultura pode ser modificada. O processo de aprendizagem ocorre em todos os níveis e velocidade, pois a aprendizagem é uma estratégia de transformação organizacional. Mediante a compreensão do processo por meio do qual os grupos aprendem, é possível compreender o processo de aprendizagem. De acordo com Brito e Brito (2014 p. 37):

A aprendizagem nas organizações é um fenômeno multifacetado que se manifesta em diferentes dimensões. O paradigma emancipatório – uma tentativa de síntese entre os paradigmas cognitivista e objetivista – traz um conjunto de pressupostos que podem auxiliar os pesquisadores na compreensão do processo de aprendizagem nas organizações, especialmente no que diz respeito às práticas pedagógicas e ao desenvolvimento de novos modelos teóricos.

A aprendizagem se relaciona a aquisição de novos conhecimentos sobre os processos internos vinculados a atividades organizacionais, mudanças de sistemas dinâmicos, renovação e inovação de concepções acerca do que era valorizado no passado e o que deve ser valorizado no futuro. Em outros termos a aprendizagem é um processo de mudança de

paradigma intrinsecamente relacionado à adoção de novas ideias no sentido de construir capacidades futuras, assegurando os resultados no presente. Para Nogueira e Odelius (2014) a aprendizagem é a capacidade da organização difundir o conhecimento encontrado nas publicações científicas institucionais, a partir do uso de tecnologias.

Conforme Marcondes, Ferreira, Soares, Santos e Petranski (2014) é cada vez maior o volume de publicações sobre *learning organization* no setor privado, uma vez que em tempos de incertezas as organizações precisam se preparar para constantes mudanças, muitas inclusive, investem em universidades corporativas com o intuito de estruturar seus centros de ensino aprendizagem para disseminação de todos os processos inovadores atrelados a melhores práticas. As grandes corporações investem neste sistema de formação de pessoas porque na sociedade atual, são orientadas para o aprendizado, pois entendem que assim obterão diferencial competitivo. Estes investimentos ocorrem principalmente devido ao viés que existe entre a formação teórica e a atuação prática no que se refere ao conhecimento dos empregados.

Em relação ao conhecimento é importante se diferenciar concepções vinculadas a organizações privadas e organizações públicas, Nogueira e Odelius (2014) postulam que no setor público, as produções acadêmicas sobre conhecimento e aprendizagem precisam de constante revisão, eles recomendam o desenvolvimento de pesquisas empíricas, pois este setor não tem os mesmos objetivos do setor privado, é preciso considerar a complexa natureza da governança institucional do serviço público.

Apesar de todas as empresas sofrerem pressões de mercado, tecnologia e inovação no cenário globalizado, os mecanismos e resultados da aprendizagem organizacional são significativamente diferentes entre eles. O intercâmbio de informações que leva a aprendizagem organizacional e a gestão do conhecimento pode ser facilitado pela cultura corporativa (Nogueira & Odelius, 2014).

2.2 Cultura organizacional

A cultura se relaciona com um conjunto complexo de saberes, crenças, costumes e moral, criando a identidade social. Para Schein (2010) a cultura organizacional envolve padrões de pressupostos, valores, símbolos e rituais que são inventados ou desenvolvidos por membros de uma empresa para que lidem, de acordo com estes princípios, com os problemas de integração interna e adaptação externa. Sousa e Junior (2014) acreditam que a cultura organizacional é descritiva, pois é possível ser observada no cotidiano dos processos

empresariais. A partir dos hábitos e rituais cada cultura torna a empresa única, diferente das outras. Ela é composta por um conjunto complexo de valores, normas e conhecimentos que são transmitidos através de rituais aos novos membros, norteando o comportamento deles.

Neste contexto, “cultura organizacional se refere a um sistema de valores compartilhados pelos membros de uma organização que a diferencia das demais” (Robbins, Judge & Sobral, 2010, p. 501), portanto, ainda de acordo com os autores, suas principais características são a) o grau em que os funcionários recebem estímulos para inovar, b) o grau em que se exige que os funcionários sejam precisos e atentos, c) o grau em que líderes e gestores valorizam os resultados ou as técnicas burocráticas para o alcance dos resultados, d) o grau em que as decisões são pautadas no bem estar dos funcionários, e) o grau em que as equipes são consideradas na tomada de decisão, f) o grau em que as pessoas são estimuladas pela organização a serem agressivas e competitivas e g) o grau em que a organização prioriza a estabilidade.

Desta forma, ainda de acordo com estes autores, se por um lado há culturas que incentivam a inovação através de uma estrutura flexível e da valorização de resultados individuais e coletivos, por outro lado, há culturas que estimulam o *status quo*, através de estruturas rígidas e controladoras, sistemas fechados e valorização da rotina de trabalho. Independente da prática corporativa adotada seja ela rígida ou flexível, a cultura organizacional tem a função de definir fronteiras e promover um sentido de identidade para a empresa.

A cultura facilita o comprometimento dos funcionários na medida em que ela estabelece padrões sobre o que deve ser feito ou dito. Por transportar regras implícitas, atua como um mecanismo de controle que norteia o comportamento dos membros que a compartilham. Para Robbins *et al.*, (2010) quanto mais forte é a cultura, maior é a dificuldade de mudá-la e quanto mais os funcionários descreverem os valores da empresa com a mesma conotação, mais forte é essa cultura.

Apesar de sofrer influências externas, uma vez que as empresas estão inseridas nestes ambientes, a cultura é resultado da aprendizagem acumulada e compartilhada entre os membros. Muitas definições sobre cultura e cultura organizacional trazem os elementos mitos, tabus, valores, rituais, heróis, símbolos e linguagem, pois são eles que viabilizam a observação da cultura. Os mitos são histórias ou histórias sobre os fundadores da empresa, disseminadas ao longo dos anos para todos os membros, muitos deles desconhecem suas origens (Sousa & Junior, 2014).

Enquanto os tabus manifestam traços da cultura e se relacionam a temas que não devem ser mencionados na empresa. Os valores possuem elementos de julgamento sobre o que as pessoas acreditam ser correto ou incorreto, são preferências advindas de sentimento orientado, são as normas implícitas. Heróis são pessoas reais, criadas ou imaginadas que servem como padrão de comportamento, pois são altamente valorizadas.

Já os símbolos são figuras ou objetos que transmitem significado. Os rituais ou ritos são atividades simbólicas consideradas essenciais pelas pessoas que compartilham a cultura. A linguagem representa a forma de expressão, típicas de cada ambiente organizacional, refere-se à formalidade ou informalidade da transferência de informações (Sousa & Junior, 2014).

De acordo com Motta e Caldas (2006) a formação dos membros das organizações e o ambiente externo ao qual estão inseridos interferem na cultura corporativa, pois as pessoas trazem influência de seus hábitos pessoais fora da organização. Essa assertiva também é discutida por Hofstede (2011) quando menciona que nos últimos cinquenta anos do século passado houve muitas especulações sobre problemas sociais e culturais na perspectiva da evolução econômica, visto que a evolução econômica de uma nação ou organização é refletida no coletivo, pois a cultura organizacional contém elementos da cultura nacional.

O autor postula que a cultura organizacional é uma programação coletiva da mente que distingue os membros de uma empresa dos membros de outras empresas. Há seis dimensões que podem ser utilizadas para descrever a cultura de uma organização, elas são dependentes entre si e contemplam todas as combinações possíveis. São elas: 1) Orientada para o processo ou para o resultado, a primeira valoriza rotinas, técnicas burocráticas e o modo como o trabalho é desenvolvido.

A segunda valoriza os resultados, a eficácia e a solução de problemas; 2) Orientada para o trabalho ou para o empregado, enquanto a cultura orientada para o trabalho exerce pressão sobre os funcionários a orientada para o empregado prioriza o bem estar deles. 3) Cultura profissional ou cultura paroquial, refere-se no primeiro caso a empresas que estimulam as pessoas a separarem vida pessoal de vida profissional, cada indivíduo é responsável por seu desenvolvimento dentro e fora da empresa (Hofstede, 2011).

A cultura paroquial incentiva às pessoas a não separar a vida profissional da vida pessoal e também entende que a empresa se responsabiliza pelo desenvolvimento de seus colaboradores; 4) Sistemas abertos ou sistemas fechados, relacionam-se ao estilo de comunicação que ocorre na empresa e também à facilidade com que os novos membros são afiliados ou não, nos sistemas abertos a sensação de pertencer à organização ocorre mais

rápido; 5) Controle apertado ou controle solto, esta dimensão retrata o nível de formalidade e pontualidade na organização, enquanto na cultura com controle solto os horários são flexíveis, na com controle apertado eles são exigidos e respeitados; 6) Pragmática ou normativa, esta dimensão descreve a forma predominante em que a empresa lida com os clientes. A cultura pragmática é flexível, a cultura normativa prioriza a aplicação de regras e leis (Hofstede, 2011).

As mudanças significativas nas práticas organizacionais são estreitamente relacionadas à reformulação da cultura corporativa. Reis, Martins e Laguardia (2013 p. 2034) descrevem que:

As pesquisas que investigam a cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar são cada vez mais presentes no meio científico. Uma cultura de segurança positiva favorece o aprimoramento de práticas seguras, através das melhorias na comunicação, no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos.

Assim, fica evidente que a inovação organizacional é inerente à mudança na cultura corporativa.

2.2.1 Inovação organizacional

Enquanto a criatividade trata da criação de coisas diferentes e novas, pois criar significa formar ou dar origem, a inovação está presente em qualquer tipo de mudança, desde que agregue valor social ou riqueza. Trata da aplicação de novidades que envolvem conhecimento, informação e criatividade que geram ganho ou lucro. Para Takahashi e Takahashi (2007) a inovação é um dos principais fatores capazes de influenciar a concorrência. No Brasil, inovação é um tema mal compreendido, pouco estudado e muitas vezes desarticulado da estratégia e do modelo de negócio.

Os países que mais crescem economicamente são os mais inovadores, pois no cenário atual, inovação é sinônimo de sucesso. O principal desafio dos empreendedores do século XXI é transformar ideias e conhecimentos em produtos e serviços, pois existe uma relação estreita entre o desempenho mercadológico de uma empresa e sua capacidade de desenvolver e comercializar novos produtos e serviços (Tidd & Bessant, 2015).

A inovação advém do conhecimento, pois ele torna possível a criação de novas possibilidades através da articulação do que é tecnicamente possível ou de qual configuração é necessária para viabilizar respostas a necessidades pronunciadas ou latentes. Inovar não

significa necessariamente abrir novos mercados, pois muitas vezes a inovação está atrelada a diferentes formas de servir mercados já estabelecidos há algum tempo e maduros em relação a sua área de atuação.

Neste sentido, para Tidd e Bessant (2015) a tecnologia desempenha um papel de crucial importância para a viabilização de novas opções e aprimoramento de produtos e serviços já comercializados. Rezende (2010) também descreve que a inovação está presente em todas as atividades da empresa e influencia sua capacidade de competir, pois não trata apenas da introdução de novos produtos, mas principalmente da capacidade que algumas organizações apresentam em fazê-lo mais rapidamente e melhor que os concorrentes.

Para Eboli *et al.*, (2010 p. 203) “as ondas de inovação referem-se a conceitos, políticas e práticas organizacionais que se disseminam pelas empresas e pelas escolas de gestão em certo período, revolucionando a forma pela qual se concebiam determinados processos e procedimentos”.

Quando uma empresa oferece algo que ninguém mais consegue fazer ou imitar, pode ser considerada inovadora, uma vez que a inovação também se relaciona a melhores práticas que viabilizam produtos, serviços ou processos, desde que haja redução de custos ou personalização de tais produtos e serviços (Eboli *et al.*, 2010). Prahalad e Krishnan (2008) afirmam que conhecer com mais profundidade os clientes favorece a inovação, visto que as colunas que sustentam as principais mudanças das organizações, independente de seu segmento, é a customização.

A capacidade de atender cada cliente como se fosse único, ou seja, a “centralidade do indivíduo” é um dos principais desafios das organizações contemporâneas. Os autores advertem que compreender as implicações das transformações, mesmo em áreas mais tradicionais, é crucial, pois a produção em massa fracassou nos últimos anos.

Takahashi e Takahashi (2007) bem como Tidd e Bessant (2015) postulam que existem diferentes formas de inovar, pois a inovação pode ser incremental ou radical de acordo com o grau de novidade estabelecida em produtos e serviços. Enquanto a inovação incremental é percebida em forma de mudanças técnicas menores ou melhorias sutis em produtos e processos, a inovação radical transforma a maneira como produtos e serviços são vistos e utilizados, visto que envolvem mudanças tecnológicas maiores e mais facilmente perceptíveis.

Partindo do princípio de que toda mudança é uma inovação, ela pode assumir quatro dimensões, conforme Tidd e Bessant (2015, p. 24 e 25):

Inovação de produto – mudanças no que (produtos/serviços) uma empresa oferece;

Inovação de processo – mudanças na forma como produtos/serviços são criados e entregues;
Inovação de posição – mudança no contexto em que produtos e serviços são introduzidos;
Inovação de paradigma – mudanças nos modelos mentais subjacentes que orientam o que a empresa faz.

A inovação de produto envolve o uso de novos materiais ou novas funções percebidas pelos clientes, a inovação de processo envolve novas técnicas de produção. A inovação de posição refere-se ao reposicionamento de produtos já estabelecidos. A inovação de paradigma ou inovação organizacional refere-se a mudanças de novos métodos de trabalho e relações com as partes envolvidas, ocorre quando a empresa se redefine para atender novas demandas, envolve mudança na cultura organizacional. Este tipo de inovação é o escopo desse trabalho (Tidd & Bessant, 2015).

Os modelos de gestão da inovação podem ser a) fechados / internos, provenientes da própria organização ou b) abertos / externos, oriundos da participação e contribuição interempresarial. No que se refere ao setor público, para Tidd e Bessant (2015, p. 63):

A distinção entre as organizações comerciais e as sem fins lucrativos podem ser tênues no que tange a inovação. Enquanto empresas do setor privado podem competir pela atenção de seus mercados por meio da oferta de novos produtos e por novas formas de disponibilizá-los, o setor público ou empresas sem fins lucrativos valem-se da inovação para ajudá-las a enfrentar os desafios de prover saúde, educação, segurança, etc. Ambos os lados estão preocupados com o processo de inovação (o desafio de utilizar recursos normalmente escassos de forma mais eficaz ou de se tornar mais ágil e flexível em resposta a um cenário diverso ou novo) e com a inovação de produto – usando “conceitos de produtos” melhorados ou novos, como saúde descentralizada, policiamento comunitário ou banco de microcrédito.

Para os autores, o setor público é carente de inovação e esta pode ser fomentada por uma significativa gama de grupos interessados, visto que as recompensas ou ganhos apresentam um teor diferente em relação às empresas privadas. Possíveis problemas para as organizações deste setor são os investimentos financeiros e a disseminação de experimentos considerados bem-sucedidos.

De acordo com Pei (2008) a GC tem uma relação estreita com a inovação, pois enquanto a primeira enfatiza o conhecimento para o alcance dos objetivos e vantagem competitiva, a segunda enfatiza as entradas de conhecimento que culminam na criação de tecnologias ou sistemas gerenciais inovadores. No cenário globalizado a inovação determina a posição competitiva de uma empresa, independente de seu segmento, assim a gestão do conhecimento dá suporte à inovação.

Pei (2008) também descreve que a inovação transcende a criação de produtos e serviços, pois pode ser manifestada em novos modelos de negócio. Toda mudança que melhora os processos e estruturas internas de uma empresa é considerada uma inovação

organizacional. Para o autor, a partir da gestão do conhecimento a empresa torna-se capaz de inovar e se adaptar às mudanças, pois as inovações dependem de uma forte dose de conhecimento. Em outras palavras, a criação do conhecimento na empresa impulsiona a inovação, pois envolve a capacidade de criar, codificar, disseminar e utilizar o conhecimento desenvolvido a partir da interação social.

Ainda segundo Pei (2008), os líderes têm uma forte influência no comportamento inovador dos empregados, portanto podem estimular a manifestação de ideias novas e úteis atreladas a processos ou procedimentos de trabalho. Neste ambiente de interação e inovação constante, os erros devem ser valorizados, pois geram oportunidade de aprendizagem. Cabe aos líderes fomentar a cultura do aprendizado para que haja disseminação do conhecimento que gera valor para a empresa.

A inovação organizacional implica na melhoria da *performance* e da competitividade da empresa, pois reduz custos a partir do aprimoramento de processos e procedimentos que incorporados à cultura melhoram a eficácia corporativa (Coriat, 2001). Entretanto, muitas instituições apresentam resistência em investir nesta mudança, principalmente as menos expostas à concorrência ou as menos afetadas pelas transformações ambientais externas. Para que haja inovação organizacional é preciso modificar a governança e a hierarquia na empresa, portanto o envolvimento da cúpula é imprescindível. As partes envolvidas devem enxergar a mudança como oportunidade e não como ameaça. Assim, para Coriat (2001) a visão sistêmica é o baluarte da inovação organizacional.

2.3 Segurança do paciente

A segurança do paciente consiste na redução dos riscos de danos desnecessários, até o mínimo aceitável, durante a assistência à saúde (WHO). Ela ocorre quando os melhores resultados possíveis são alcançados mediante a diminuição de atos inseguros. A trajetória dos estudos sobre segurança do paciente teve início entre as décadas de 1980 e 1990, quando o IOM analisou milhares de prontuários e associou-os a outros estudos (<http://www.who.int/en>).

Na ocasião, foram encontrados inúmeros erros vinculados à assistência a saúde, os mais comuns relacionados à administração de medicação, falhas de comunicação em unidades de terapia intensiva (UTI), falhas em altas hospitalares, objetos encontrados em pacientes após a cirurgia, operação de membros saudáveis, alta dosagem de quimioterápicos, transplantes mal sucedidos e inúmeros outros incidentes desta natureza. O conhecimento acerca desses erros foi popularizado mediante a publicação do relatório “*Errar é humano*”

entre 1999 e 2000. Este instrumento estimou que todos os anos entre 44 mil a 98 mil americanos perdiam suas vidas por problemas ocorridos durante a assistência à saúde (Wachter, 2013).

A partir da aceitação de que falhas e acidentes fazem parte da rotina na assistência a saúde, vários estudos surgiram em prol da segurança do paciente (Neto, 2006). O movimento de segurança do paciente ganhou força há algumas décadas e é compreendido como um conjunto de esforços que reduz práticas não seguras em um sistema de assistência à saúde que transcende os cuidados livres de danos, pois envolve a realização de procedimentos no momento certo, de maneira eficaz, imparcial e baliza os cuidados em evidências científicas que atendem não só as necessidades individuais, como também as integrais (Fernandes *et al.*, 2014).

A literatura sobre segurança do paciente é abrangente e complexa e as complicações nas quais os pacientes são submetidos durante o tratamento, muitas vezes são desencadeadas por suas condições médicas e envolvem morbidade e mortalidade (Wachter, 2013). O ponto de tangência entre os vários estudos sobre segurança do paciente é a política de qualidade em saúde alicerçada na capacidade da instituição de saúde, a partir do conhecimento científico, diminuir os resultados prejudiciais e conseqüentemente aumentar os resultados positivos (Reis *et al.*, 2013).

Para Paiva *et al.*, (2010) a pluralidade de profissionais envolvidos na assistência a saúde associada à interdependência de seus diferentes níveis de especialização potencializa os riscos de incidentes e EA. Esse alerta é compreensível quando se resgata o conceito de desfechos adversos ou EA postulado por Wachter (2013) como lesões não intencionais desencadeadas por cuidados médicos ou ausência de tratamento que culminam na demanda de cuidados adicionais ou, em casos extremos, podem evoluir para o óbito.

Para a WHO o processo de prestação de cuidados deve ser estudado, pois cada passo da assistência tem um grau de insegurança. Neste sentido, fica clara a preocupação com os incidentes de segurança do paciente, principalmente os relacionados à EA. Os EA podem ser desencadeados por problemas relacionados à prática, produtos, procedimentos ou sistemas (<http://www.who.int/en>).

Reis *et al.*, (2013) descrevem que a grande proporção da ocorrência de EA durante a assistência se configura como um dos principais desafios da segurança do paciente no Brasil e no mundo, pois ela tem sido priorizada pela WHO desde a virada do milênio. Em 2002 ocorreu a resolução da Assembleia Mundial de Saúde que determinou que, associados a WHO, os países membros canalizem seus esforços na resolução dessa problemática. Em

função disso, em meados de 2004 foi lançado o programa de segurança do paciente que desde então passou a ser considerada um problema de saúde global.

O objetivo deste programa é coordenar, divulgar e acelerar o avanço da segurança do paciente em todos os continentes. Apesar da multiplicidade de fatores envolvidos nesse problema, este programa fornece propostas de melhorias para os estados membros. A aliança mundial da WHO para a segurança do paciente prevê a participação dos países membros no desenvolvimento de políticas e diretrizes para a assistência mais segura.

São esses os fatores que levam a WHO ser líder em propor mudança na assistência à saúde, gerar e compartilhar conhecimentos e experiências e apoiar os países membros na implementação de ações que promovem segurança do paciente. Para reforçar o que tratamos aqui foram selecionadas publicações da WHO (2010) sobre os 10 fatores para a segurança do paciente, são eles:

1. A segurança do paciente é um problema de saúde pública global. É uma dimensão da qualidade nos serviços de saúde e desde 2004 com a criação do Programa de Segurança do paciente, mais de cento e quarenta países uniram esforços para evitar o cuidado inseguro.

2. Nos países desenvolvidos, a cada dez pacientes que recebe cuidados hospitalares, pelo menos um pode ser afetado por erros na assistência.

3. Estima-se que em países em desenvolvimento, a cada cem procedimentos hospitalares, entre sete e dez poderão desencadear infecções associadas ao cuidado inseguro.

4. Grande parte da população no mundo não tem acesso apropriado aos dispositivos médicos seguros, principalmente nos países de baixa e média renda por não possuírem uma política nacional de tecnologia que respalde o planejamento, a avaliação, a aquisição e a gestão adequada desses dispositivos.

5. A redução de injeções por pessoa por ano corroborou com o progresso de indicadores de segurança.

6. Aproximadamente 234 milhões de cirurgias ocorrem por ano no mundo. O risco de complicações é inerente a esse procedimento médico. Estima-se que metade das complicações associadas a cirurgias são evitáveis.

7. Os problemas provenientes da assistência insegura podem custar aproximadamente U\$19 bilhões por ano, pois demandam de hospitalização adicional, custos de litígio, perda de produtividade do cidadão, despesas médicas e deficiência. Cerca de 20% a 40% dos gastos em saúde são oriundos da má qualidade da assistência.

8. A indústria nuclear e a aviação são percebidas como as que mais oferecem riscos. No entanto, enquanto na aviação a chance de um passageiro se prejudicar é de uma em um

milhão, na assistência à saúde a chance de um paciente ser prejudicado durante o cuidado é de uma em trezentas.

9. O envolvimento do paciente e da comunidade é fundamental para a identificação de problemas na assistência, bem como para mensuração e avaliação dos esforços em prol da segurança do paciente.

10. A parceria entre hospitais e a troca de experiência entre profissionais favorecem a aprendizagem e facilitam o desenvolvimento de soluções para os sistemas de saúde global.

Durante a Assembleia mundial de saúde em 2012 foram estabelecidas áreas de ação da WHO (2012) para a segurança do paciente nos serviços de saúde, são elas:

1. Política Nacional de Segurança do Paciente
2. Conhecimento e aprendizado em segurança do paciente
3. Sensibilização sobre segurança do paciente
4. Infecções associadas a cuidados de saúde
5. Proteção dos trabalhadores de saúde
6. Gestão de resíduos hospitalares
7. Cuidados cirúrgicos seguros
8. Segurança na medicação
9. Parcerias para a segurança do paciente
10. Financiamento para a segurança do paciente
11. Vigilância e pesquisa em segurança do paciente

São cada vez mais comuns os delineamentos de cuidados mais seguros em saúde, essas recomendações envolvem políticas, protocolos e processos baseados em evidências que devem ser adaptados a realidade de cada país. É oportuno que haja investimento em uma política nacional com plano estratégico de implementação para favorecer práticas de segurança mais eficazes. A política de segurança do paciente de um país pode ser pautada em referências internacionais, mas deve ser flexível e descomplicada.

A WHO recomenda uma abordagem de quatro etapas para este fim: 1) análise da situação, 2) desenvolvimento de política nacional de segurança do paciente, 3) desenvolvimento do plano estratégico para a segurança do paciente e 4) monitoramento e avaliação da política de segurança do paciente (<http://www.who.int/en>).

Devido a sua abrangência, a política nacional deve ser detalhada, pois a segurança do paciente afeta todos os níveis dos sistemas de cuidados em saúde tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. No Brasil, apesar do incentivo do MS e da ANVISA, a adesão à práticas mais seguras por parte das instituições de saúde é considerada baixa devido à cultura destas organizações não ser voltada para a segurança do paciente. É evidente que os complexos processos assistenciais precisam de atenção permanente, principalmente no contexto hospitalar.

Dentre os principais desafios do país no que se refere a isso há o alto índice de rotatividade dos profissionais da área da saúde, a falta de capacitação destes profissionais, o mal uso de tecnologias, o número limitado de hospitais que investem em ensino e pesquisa e para agravar a situação, há a baixa continuidade da assistência ao paciente. Somente as instituições consideradas referência investem de fato em medicina baseada em evidências.

Capucho e Cassiani (2013) propõem que o MS, a ANVISA, a ANS e o ME unam forças e desenvolvam políticas que previnam danos evitáveis e minimizem os riscos dos incidentes. De acordo com a WHO (2009) os sete passos para a segurança do paciente são: 1) construir a cultura da segurança, 2) liderar e dar apoio à equipe, 3) integrar as atividades de gestão de riscos, 4) incentivar a notificação, 5) envolver os pacientes e o público, 6) aprender e compartilhar e 7) implementar soluções para prevenir os danos.

Com base nos conceitos apresentados, iniciativas para evitar, prevenir ou melhorar os EA fazem parte da política de segurança do paciente. Entretanto, a falta de investimento nestas políticas é mais um empecilho para as instituições que não avaliam seus processos de trabalho e tão pouco usam estas informações para melhorar a qualidade de sua prestação de serviços. O QualiSUS Rede é um projeto de formação e melhoria de qualidade desenvolvido pelo MS em 2011 que em conjunto com o IDSUS subsidia o monitoramento do desempenho do SUS em território nacional.

Este indicador de qualidade afere o desempenho do SUS no que diz respeito ao acesso e a efetividade da assistência. O IDSUS preconiza que, assim como ocorre em outros países, as regiões do Brasil que atingirem níveis de qualidade mais elevados recebam um repasse de verbas diferenciado. Este modelo de pagamento no país é chamado de pagamento por serviço executado, o que segundo Capucho e Cassiani (2013) estimula a sobreutilização de recursos não necessariamente vinculados à melhoria de qualidade.

É importante ressaltar que, o Brasil carece de investimentos que favoreçam a cultura organizacional em prol de práticas de assistência mais seguras (Reis *et al.*, 2013). Tendo em vista que o processo de produção de conhecimento está presente no desenvolvimento de toda

tarefa, independente de sua natureza, pois envolve experiências de aprendizagem (Eboli *et al.*, 2010), é preciso que haja inovação organizacional no ambiente hospitalar para que a segurança do paciente seja mais efetiva.

2.3.1 Incidentes de segurança do paciente

A WHO defende que a segurança do paciente consiste na erradicação do dano evitável durante o processo de cuidado através de esforços coordenados e classifica toda circunstância que pode gerar dano ao paciente como um incidente (Capucho *et al.* 2013). Os incidentes são qualificados em a) incidentes sem dano, b) incidentes com danos ou eventos adversos e c) *near miss* ou quase erro. O quase erro é um potencial para a ocorrência de um evento adverso, portanto devido ao estigma que a palavra erro carrega, o mais recomendado seria adotarmos o termo potencial evento adverso. É de suma importância que as publicações sobre segurança do paciente padronizem estes termos para facilitar o mecanismo de busca em produções acadêmicas (Capucho, 2011).

O termo inglês *near miss* é muito comum em publicações sobre segurança do paciente, em português apresenta a conotação de quase erro. De acordo com Capucho (2011) a OMS prevê que o quase erro é um incidente em segurança do paciente que por algum motivo, planejado ou não, é percebido e neutralizado antes de atingir ou causar danos em potencial. Corroborando essas ideias, os estudos de Gallotti (2003) e Paiva *et al.* (2010) definem os incidentes ou quase-perdas como problemas que ocorrem durante a assistência à saúde que não geram lesões e não interferem no tempo de internação.

Em contrapartida os autores enfatizam que os EA são problemas que ocorrem durante a assistência que, apesar de não serem intencionais, causam danos não relacionados à evolução natural da doença, interferem no tempo de internação e em alguns casos podem levar o paciente ao óbito. Os EA mais comuns podem ser observados na Tabela 1:

Tabela 1 – Eventos Adversos Comuns

EVENTOS ADVERSOS MAIS COMUNS

Infecções Relacionadas à Saúde – IRAS

Eventos de Medicação

Administração de dose ou via errada

Reações adversas graves aos medicamentos

Erros de diagnósticos

Falhas na comunicação entre profissionais

Realização de cirurgias em pacientes trocados ou em partes do corpo errada /
lateralidade

Retenção de corpo estranho

Problemas no transporte interno e externo do paciente

Incidentes na interface homem – equipamento

Tromboembolismo venoso

Úlceras por pressão

Quedas

Fraturas

Paranaguá *et al.*, (2014) indicam que os incidentes em segurança do paciente são reforçados por múltiplos fatores, dentre eles falha de comunicação entre profissionais da saúde e pacientes, descontinuidade do cuidado, disseminação da responsabilidade durante a assistência, falhas nos sistemas de informações, ineficiência na incorporação de protocolos clínicos com base em evidências e mecanismo de registro ineficientes que empobrecem as notificações. Seguindo esta linha de raciocínio, Capucho e Cassiani (2013) descrevem que falhas ou acidentes associados a resultados negativos em saúde podem ocorrer de várias formas, gerando consequências superficiais ou permanentes aos pacientes. Independente dos danos causados, os EA são intimamente relacionados à qualidade da assistência à saúde e à segurança do paciente.

É importante ressaltar que é muito comum haver complicações no quadro de saúde de um paciente durante o tratamento sem que haja erros humanos, pois, os efeitos colaterais desencadeados pelo próprio tratamento ou consumo excessivo de medicação fazem parte da rotina hospitalar, assim torna-se necessário diferenciar EA evitáveis dos não evitáveis. No que se refere aos indicadores de EA, os mais comuns podem ser observados na Tabela 2:

Tabela 2 – Indicadores de Eventos Adversos

INDICADORES DE EVENTOS ADVERSOS

Complicações na anestesia
Eventos de Medicação
Trombose venosa profunda (TVP)
Embolia pulmonar no pós-operatório
Puncionamento ou laceração acidental
Sepse pós-operatória
UP
IRAS
Morte ou doenças em situações de baixa mortalidade
corpo estranho deixado no paciente após a cirurgia
Fratura de quadril pós operatória
Reação transfusional
Trauma de nascimento ou obstétrico
Fraturas de Falha de resgate
Pneumotórax iatrogênico

Para Capucho e Cassiani (2013) cerca de 70% dos EA que ocorrem no Brasil são evitáveis. Neto (2006) descreve que as práticas não seguras na atenção à saúde devem ser prevenidas não só porque os equívocos causam prejuízos ao paciente e profissional, mas porque eles também prejudicam as instituições. A partir das proposições de Oliveira *et al.*, (2014) constata-se que nos hospitais brasileiros os incidentes de segurança do paciente e suas consequências negativas são maiores do que se apresentam em teoria. Estes incidentes ocorrem não só devido à precariedade dos serviços prestados, mas principalmente devido à carga excessiva de trabalho, bem como a complexidade dos serviços de saúde. Novaretti, Santos, Quitério e Gallotti (2014) também enfatizam que a sobrecarga de trabalho que aflige os profissionais de enfermagem em especial, potencializa a ocorrência de incidentes de segurança do paciente.

A implantação do programa nacional de segurança do paciente no Brasil corrobora com a prevenção quaternária cuja premissa básica é detectar os pacientes em situação de risco, evitando cuidados desnecessários que potencializam a ocorrência de incidentes. Tecnologias baseadas em evidências permitem o delineamento de estratégias éticas e humanizadas que evitam os riscos iminentes a assistência, viabilizando o compartilhamento do conhecimento dos resultados, positivos ou negativos em diferentes instituições a partir das notificações (ANVISA).

2.3.2 Notificações de incidentes de segurança do paciente

São inúmeras as razões que elevam a importância do desenvolvimento de relatórios sobre as ocorrências e consequências dos incidentes de segurança do paciente. Esses relatórios são desenvolvidos por meio de notificações, os registros dessas informações ocorrem em maior ou menor proporção dependendo do país e dos recursos disponíveis para a coleta de dados. Visando categorizar o registro de informações entre os países e facilitar a comparação entre eles, a WHO desenvolveu um modelo com dados em comum para este fim (<http://www.who.int/en>).

Em parceria com a União Europeia, a WHO delineou em 2014 uma cadeia de exercícios de *feedback* para melhorar a compreensão sobre a viabilidade do uso do formulário proposto e utilização dele para esboço de melhorias no sistema de aprendizagem. Esta iniciativa reforça a ideia de que, no que se refere à segurança do paciente, o elemento mais importante é que danos sejam evitados durante a assistência, portanto os sistemas de notificação de incidentes são fundamentais, pois permitem aprendizagem através da análise das falhas e dos erros (<http://www.who.int/en>).

A WHO reconhece que um dos principais desafios para a implementação da política de segurança do paciente não é a complexidade dos processos e sim a negação e a culpa pelo erro. Os sistemas de notificação não ocorrem como devem porque as instituições de saúde evitam recolher e divulgar informações sobre erros na assistência (<http://www.who.int/en>).

Para a WHO apesar da particularidade de cada incidente, existe uma probabilidade considerável de haver padrões em fontes de risco que, sem as devidas notificações, passariam despercebidos. Muitas vezes os erros são comuns e nesses casos, medidas preventivas podem ser generalizadas. A classificação padronizada pode ser uma solução no que tange a definição e harmonização de conceitos de segurança do paciente (<http://www.who.int/en>).

Autoridades internacionais pretendem desenvolver a classificação internacional de segurança do paciente a partir da relação e análise de classificações regionais e nacionais. Esse instrumento deve contemplar informações detalhadas sobre a epistemologia dos incidentes de segurança do paciente, além dos motivos expostos em prol da notificação, o custo global com os EA é impactante para os sistemas de saúde do mundo todo (<http://www.who.int/en>).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente propõe que sejam desenvolvidas diferentes estratégias de investigação que estabelecem quatro elementos, são eles: a) a determinação dos danos, b) a compreensão de suas causas, c) a identificação de soluções e d)

a avaliação do impacto das soluções para o paciente e para a sociedade. No Brasil, apesar dos esforços do MS e da ANVISA a adesão aos protocolos de segurança do paciente é baixa, principalmente devido à cultura organizacional.

Muitos hospitais brasileiros operam sem avaliar os processos de trabalho e sem se preocupar com a melhoria contínua deles. É muito importante que a realidade brasileira seja conhecida, principalmente, no que se refere à ocorrência de incidentes. As notificações devem ser encaminhadas aos órgãos governamentais, elas são muito importantes, mas se não forem associadas à interação da equipe multiprofissional e iniciativas de mudanças de comportamento, não geram conhecimento, só informações (MS, ANVISA).

Para Capucho e Cassiani (2013) os esforços do MS não são suficientes para provocar melhorias na segurança do paciente de forma significativa. Uma falha importante de nosso sistema de saúde é a falta do estabelecimento de metas, em nível federal, para que os danos na assistência sejam prevenidos. A instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente [PNSP], portaria 529, de 1º de abril de 2013 prevê, além de várias determinações, o fomento à cultura que “encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança” (artigo 4º, V/ MS).

Neste sentido, fica clara a preocupação com o desenvolvimento de um sistema nacional de notificação simples e de baixo custo que estimule os profissionais de saúde, os pacientes e os cuidadores a ajudar na identificação dos incidentes de segurança do paciente. A Rede Sentinela da ANVISA é um projeto que foi desenvolvido para que a comunicação sobre as notificações ocorra em rede em todo o país. Além dos incidentes de segurança do paciente, o relato voluntário via internet contempla a notificação de irregularidades nos insumos, materiais, medicamentos saneantes e equipamentos médico-hospitalares (ANVISA).

Outra iniciativa prevista no PNSP é o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária [NOTIVISA]. Trata-se de um sistema informatizado desenvolvido a partir da parceria entre o MS e a ANVISA com o intuito de receber notificações e monitorar a ocorrência de EA e queixas técnicas que implicam na segurança do paciente (ANVISA). Para Capucho e Cassiani (2013) as propostas de melhorias e intervenções na prevenção de riscos de incidentes de segurança do paciente aumentam na medida em que o relato voluntário de notificação é empregado com maior assiduidade.

As instituições de saúde não devem esperar passivamente que determinações governamentais sejam desenvolvidas em âmbito nacional no que se refere a práticas profissionais mais seguras durante a assistência, todos são responsáveis pela promoção da segurança do paciente. Neste sentido, cada instituição também pode monitorar as notificações

e delinear ações de prevenção de riscos, além de enviar as informações ao sistema nacional. Capucho e Cassiani (2013) defendem a adoção de um sistema informatizado de notificação de incidente de segurança do paciente.

Com base nos conceitos apresentados por Capucho, Arnas e Cassiani (2013) a comunicação sobre os incidentes de segurança do paciente ocorre a partir de notificações voluntárias que, por seu caráter espontâneo, podem ser encaminhadas tanto por profissionais de saúde quanto por pacientes. As notificações dos incidentes, incluindo os EA por parte dos profissionais de saúde são relativamente simples e de baixo custo e geram informações muito importantes que sustentam o investimento em políticas de melhoria contínua.

As notificações ou registros de incidentes dão suporte ao sistema de saúde com informações relevantes que tornam a assistência mais segura. As ocorrências destes incidentes devem ser de conhecimento público para que políticas sejam desenvolvidas por órgãos competentes com o propósito de estimular as instituições de saúde a enfrentar os problemas relacionados à segurança do paciente (Paranaguá *et al.*, 2014).

Esses registros são fundamentais para que sejam desenvolvidos planos de melhorias.

Capucho *et al.*, (2013 p. 165) descrevem que:

A notificação voluntária, que consiste na comunicação de eventos adversos e demais incidentes encaminhadas por profissionais de saúde ou pacientes, espontaneamente, é o método mais utilizado ao redor do mundo para coletar informações sobre incidentes, tornando-se mais eficiente com a participação ativa dos funcionários.

Apesar de ser um método muito utilizado, a fragilidade da notificação voluntária ocorre devido a inúmeros fatores (Carvalho *et al.*, 2013). Corroborando essas ideias de acordo com Capucho *et al.*, (2013 p. 165) esses fatores se relacionam a:

medo, a culpa, a vergonha, a autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio, além da alegação de dificuldade para realizar uma notificação como a extensão e a natureza do que deve ser relatado, o tipo de sistema de notificação, a facilidade para enviá-la, existência de incentivos e obstáculos.

Embora a identificação dos incidentes, incluindo os EA, seja um importante elemento da segurança do paciente, é muito comum haver subnotificações. Neste contexto, Carvalho *et al.*, (2013) descrevem que a culpa e o medo da punição corroboram com a subnotificação, pois apesar de cada instituição apresentar necessidades diferentes, a cultura da segurança do paciente seria melhor disseminada mediante ao fortalecimento da supervisão, do *feedback* constante acerca dos erros cometidos e principalmente da certeza do profissional envolvido no incidente de que não será punido, pois terá suporte da gestão.

A subnotificação deve ser erradicada por meio da orientação da equipe sobre a importância do registro. Assim, o sigilo e o anonimato do profissional envolvido no incidente devem ser garantidos e os erros mais comuns e as condições em que eles ocorrem devem ser

conhecidos, pois viabilizam o desenvolvimento de ações que podem mudar efetivamente a cultura corporativa (Costa, Meirelles & Erdmann, 2013).

Para confirmar o que tratamos aqui, Ribas (2010, p. 586) descreve:

Para entender e prevenir o erro, é necessário entender como acontece e, antes disso, dar conta que aconteceu. Isto requer mecanismos de identificação, compreensão e notificação de erro, bem como uma cultura que valoriza a vertente da aprendizagem em detrimento da culpabilização ou da punição.

Para Costa *et al.*, (2013) a orientação à equipe associada a educação continuada pode favorecer o desenvolvimento de melhores práticas na assistência. Entretanto, apesar do discurso acerca da incorporação da qualidade na gestão, no que se refere à prevenção de EA, em muitas instituições ainda existem pressões e cobranças.

Neste sentido, fica clara a preocupação desses autores quando enfatizam que a segurança do paciente é mal compreendida pelos profissionais de enfermagem, pois a qualidade na assistência à saúde envolve inúmeras dimensões e o gerenciamento de riscos, principalmente os atrelados a EA é imprescindível.

Muitas organizações têm investido em sistemas informatizados para promover as notificações. Capucho e Cassiani (2013) mencionam que a Rede Sentinela da ANVISA incentiva a cultura do relato voluntário, a acreditação e a adesão aos programas de qualidade através do NOTIVISA. Esta iniciativa tem aumentado gradativamente o volume de notificações, conforme se observa na Figura 2:



Figura 2: Notificações realizadas - NOTIVISA

Fonte: adaptado NOTIVISA, 2006 a 2014.

Apesar do crescimento gradativo no número de instituições que participam destes programas, estas ações são percebidas em apenas 13% dos leitos em território nacional. As

notificações devem ser reforçadas para que as soluções para a segurança do paciente preconizadas pela OMS sejam alcançadas (Capucho & Cassiani, 2013).

Apesar dos inúmeros esforços dos órgãos competentes no que se refere ao desenvolvimento de materiais informativos e ferramentas que favoreçam as notificações, o que se transmite nestes instrumentos são informações que geralmente não são transformadas em conhecimento e conseqüentemente não culminam em mudança de comportamento. Uma das possíveis soluções para a segurança do paciente é a educação continuada, Ques *et al.*, (2010) alertam que o desenvolvimento profissional pode ser um aliado importante no fomento da cultura da segurança, pois corrobora com a formação de profissionais sanitários e com a divulgação de publicações sobre o que tem sido discutido em evidências científicas em prol da segurança do paciente.

Assim, a GC aplicada a ações que potencializam a segurança do paciente, favorece a incorporação de competências específicas no que se refere à adesão à notificação. Além disso, a participação dos pacientes atrelada à suas preferências e envolvimento com os cuidados clínicos também incrementam a política de segurança. Através das notificações, a GC pode ajudar os gestores a desenvolver programas que melhoram a qualidade dos serviços prestados em saúde e, conseqüentemente promover a segurança do paciente.

Esta estratégia de gestão envolve uma série de procedimentos que valoriza o conhecimento e administra sua aplicação nas organizações (Coelho, 2014). O estudo sobre o conhecimento humano é inerente à própria história do homem e assim como em outros contextos sociais, o comportamento da empresa também pode ser explicado e analisado sob a perspectiva do conhecimento. No Brasil é preciso haver investimentos para que os diagnósticos acerca da segurança do paciente sejam mais precisos, Reis *et al.*, (2013) relacionam a necessidade de fortalecer a cultura da segurança à alta proporção de EA evitáveis.

2.3.3 Legislação sobre segurança do paciente no Brasil

No dia 25 de julho de 2013 foi sancionada pelo Ministério da Saúde a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 36, conhecida como RDC 36/2013 que prevê inúmeras ações em prol da segurança do paciente, esta resolução também prevê melhorias da qualidade dos serviços de saúde em todo o território nacional. No dia 27 de julho do mesmo ano a ANVISA publicou esta resolução no Diário Oficial da União [DOU] para que no prazo de 120

dias as instituições que prestam assistência à saúde se estruturassem para cumprimento destas diretrizes.

Assim, os serviços de saúde passaram a dispor de um núcleo de segurança do paciente (NSP), responsável por desenvolver um plano de segurança do paciente (PSP) com o propósito de promover melhoria contínua nos cuidados, bem como disseminar a cultura da segurança garantindo que boas práticas sejam aplicadas na rotina assistencial. Além de melhores práticas, no PSP deve conter ações preventivas em situações consideradas de risco no que se refere à identificação do paciente, a higiene de mãos, a segurança cirúrgica, as prescrições adequadas e a administração de medicamentos (RDC/36, 2013).

Outra responsabilidade do NSP é levar ao conhecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária as notificações dos eventos adversos em no máximo quinze dias após sua ocorrência, em caso de morte do paciente causada por eventos adversos, este prazo pode ser prorrogado para até 72 horas. Para este fim a ANVISA disponibiliza softwares às instituições de saúde. Existe uma série de medidas no Programa Nacional de Segurança do paciente, a RDC 36/2013 é uma delas e se aplica a todas as instituições públicas, privadas, civis ou militares, filantrópicas e aquelas que trabalham com pesquisa e ensino. Esta resolução não se aplica a consultórios individualizados, laboratórios clínicos e serviços móveis de atenção domiciliar.

O MS (2013) recomenda as seguintes definições:

- I. Padrões de qualidade adequados para que haja boas práticas de funcionamento.
- II. Cultura da segurança no que se refere à aprendizagem a partir dos erros em substituição a cultura da culpa e punição.
- III. Dano, envolvimento da estrutura ou função a quaisquer danos causados.
- IV. Evento adverso relacionado à incidente que resultam em danos à saúde.
- V. Garantia da qualidade, conjunto de ações que garantem padrões de qualidade.
- VI. Gestão de risco, referente à capacidade de identificar, analisar, avaliar, comunicar e controlar os riscos e eventos adversos que comprometem a segurança e a saúde humana, bem como a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.
- VII. Incidente, evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.
- VIII. Núcleo de segurança do paciente (NSP), responsável pela promoção e apoio a práticas voltadas à segurança do paciente.

- IX. Plano de segurança do paciente em serviços de saúde, instrumento que evidencia situações de risco e descreve as estratégias estabelecidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco em prol da prevenção e atenuação dos incidentes durante todo o tratamento.
- X. Segurança do paciente se refere à redução exponencial da exposição do paciente a situações de risco ou dano desnecessário durante a atenção à saúde.
- XI. Serviço de saúde, instituição que promove ou recupera a saúde, independente do nível de complexidade.
- XII. Tecnologias em saúde dão apoio ao profissional de saúde no desenvolvimento de seu trabalho, incluem equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

Cabe ao responsável pelo NSP aplicar as diretrizes do PSP, este responsável pode usufruir da estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos existentes para o desempenho das atribuições do NSP. No que se refere a serviços públicos ambulatoriais, pode haver NSP para cada serviço de saúde ou para um conjunto de serviços de saúde. A direção da instituição que presta serviços em saúde deve dispor de pessoas, recursos financeiros e recursos estruturais como equipamentos e insumos para o funcionamento do NSP. O responsável pelo NSP deve participar das instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Em relação aos princípios e diretrizes do NSP o MS (2013) preconiza a melhoria ativa e permanente dos processos de cuidado, o uso de tecnologias da saúde, a disseminação da cultura da segurança, a aplicação de práticas que favorecem a gestão de riscos e a garantia de boas práticas. Além destas atribuições, também é papel do NSP promover a integração e a articulação da equipe multiprofissional sobre estes preceitos, identificar e erradicar as não conformidades através de propostas preventivas e corretivas de ação, atualizar constantemente o PSP para que o conteúdo divulgado seja coeso.

Além de traçar as ações no PSP, o responsável pelo NSP deve acompanhar a rotina destas ações, implantar e monitorar os indicadores de segurança do paciente na instituição, acompanhar os programas de capacitação em qualidade e segurança do paciente, analisar, avaliar e acompanhar os incidentes e eventos adversos que por fatalidade ocorrerem durante a assistência à saúde.

Esses incidentes e EA devem ser divulgados à direção e aos profissionais do serviço de saúde, também devem ser notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Estes

registros devem ser arquivados para que sejam disponibilizados à autoridade sanitária mediante requisição. Os alertas sanitários sobre situações de risco, divulgados pela autoridade sanitária devem ser acompanhados pelo responsável do NSP. O PSP, desenvolvido pelo NSP deve contemplar de forma sistemática:

- I. A identificação, a análise, a avaliação, o monitoramento e a comunicação dos riscos no serviço de saúde.
- II. A integração dos procedimentos de gestão de risco.
- III. A prática de protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde.
- IV. Eficiência na identificação do paciente.
- V. A adequada higiene das mãos.
- VI. A segurança nos procedimentos cirúrgicos.
- VII. A segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- VIII. A segurança na prescrição, no uso e na administração de sangue e hemocomponentes.
- IX. O uso de equipamentos e materiais de forma segura.
- X. A manutenção do registro do uso de órteses e próteses, em caso de realização deste procedimento.
- XI. A prevenção de quedas dos pacientes.
- XII. A prevenção de úlceras por pressão.
- XIII. A prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde.
- XIV. A segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral.
- XV. A comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde.
- XVI. O estímulo à participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- XVII. A promoção do ambiente seguro (MS & ANVISA, 2013).

O capítulo III da RDC 36/2013 trata da vigilância, do monitoramento e da notificação de EA e postula que estas ações competem ao NSP que deve, portanto, ser realizada mensalmente por meio da ferramenta eletrônica da ANVISA. Assim, em parceria com a ANVISA tem subsídios para monitorar as informações sobre eventos adversos notificados pelos serviços de saúde de todo o território nacional. Estas informações são divulgadas

anualmente por meio da publicação de um relatório. Cabe a estes órgãos e a vigilância sanitária distrital o acompanhamento dos eventos adversos que culminam em morte.

No que tange as disposições legais e transitórias, a partir de sua publicação esta RDC prevê que os serviços de saúde têm cento e vinte dias para estabelecerem seus respectivos NSP e planejamento do PSP, no que se refere ao início das notificações mensais dos eventos adversos, o prazo estabelecido é de cento e cinquenta dias.

O Art. 13 desta RD alerta que a inadimplência das diretrizes desta Resolução constitui infração sanitária em conformidade com a Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977 que prevê responsabilidades civis, administrativas e penais cabíveis (Ministério da Saúde & ANVISA, 2013).

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

3.1 Delineamento da pesquisa

Para refletirmos sobre os procedimentos metodológicos utilizados neste estudo foi oportuno apreciarmos o trabalho de Gil (2009) que defende que toda pesquisa científica tem cunho intelectual ou prático e surge a partir de um questionamento que deve ser respondido mediante a exploração de conhecimentos previamente disponíveis associados a métodos e técnicas sistemáticas de investigação científica.

Vários autores como Marconi e Lakatos (2010), Severino (2014) e Oliveira (2002) explanam que os procedimentos sistemáticos e racionais são inerentes à metodologia científica e subsidiam a pesquisa e a reflexão acerca do objeto estudado. Assim, a partir da definição de uma questão de pesquisa associada ao delineamento de objetivos alcançáveis, os procedimentos metodológicos são baluartes que auxiliam o pesquisador a corroborar com o avanço da ciência.

Desta forma, a revisão sistemática da literatura sobre gestão do conhecimento, aprendizagem organizacional, cultura organizacional, inovação organizacional, segurança do paciente, incidentes de segurança do paciente, notificações e legislação RDC 36/2013 tornou-se imprescindível. A revisão sistemática da literatura é inerente ao estudo de caso exploratório.

O estudo de caso exploratório é aquele que permite a contextualização do entendimento acerca de determinado fenômeno, retratando situações de uma unidade social ou organizacional (Theóphilo & Martins, 2009; Yin, 2015). Neste tipo de pesquisa de abordagem qualitativa:

Um caso suficiente é aquele em que os limites, isto é, as fronteiras entre o fenômeno do que está sendo estudado e seu contexto, estão claramente delimitados, evitando-se interpretações e descrições indevidas, ou não contempladas pelo estudo. O estudo deve mostrar de maneira convincente que foram coletadas e avaliadas as evidências relevantes e que os encadeamentos de evidências são criativos e lógicos (Theóphilo & Martins, 2009, p. 63).

Para Oliveira (2002) a principal característica da abordagem qualitativa é que ela não explora dados estatísticos tão pouco considera métricas precisas para sua condução. Este tipo de abordagem é recomendado, principalmente, quando se pretende descrever situações altamente complexas e particulares, como é o caso desse trabalho.

Assim, o estudo de caso exploratório foi desenvolvido em um ambulatório de uma instituição pública com 450 leitos, localizado na zona norte do município de São Paulo. O hospital onde fica localizado o ambulatório estudado é referência nos cuidados com politraumatizados e sua missão é "*promover assistência segura à saúde, com respeito e ética aos usuários, desenvolvendo o ensino, a pesquisa e as práticas de excelência*".

De acordo com Monken e Moreno (2015) no ambulatório público de nível terciário onde o estudo ocorreu são efetuadas, em média, 11500 consultas por mês nas especialidades clínicas, cirúrgicas, equipe multiprofissional e serviços de diagnóstico e terapia. As consultas são agendadas nos dias úteis das 7h às 19h e eventualmente, há atendimentos aos sábados quando há excesso de demanda especialmente em cardiologia, neurologia e otorrinolaringologia.

O ambulatório do hospital público é sediado em um prédio de três andares onde são localizados o centro cirúrgico e 34 consultórios médicos. Na pediatria há 7 consultórios que atendem nas áreas de neurologia, cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, recém-nascido de alto risco, moléstias infecciosas e endocrinologia. Além dos atendimentos médicos há outros 19 consultórios destinados a atendimentos da equipe multidisciplinar distribuídos nas áreas de psicologia adulto e infantil, terapia ocupacional, serviço social, buco maxilo facial, acupuntura, reiki, cromoterapia, medicina do trabalho e odontologia. Há ainda salas de gesso, de curativos, de cateterismo vesical, de tratamento assistido, tratamento medicamentoso e ostomias.

No subsolo do ambulatório há 04 salas cirúrgicas e 04 salas de recuperação pós anestésica (RPAs). As salas de espera localizam-se nos corredores laterais de cada andar. No primeiro andar há a brinquedoteca e no térreo há outros serviços prestados na área de estomaterapia, exames em geral e exames de imagem. Esses serviços são prestados por organizações sociais e não fazem parte do escopo desse estudo.

Na estrutura ambulatorial geral há 27 outros consultórios que atendem nas seguintes áreas: oftalmologia, clínica médica, clinica cirúrgica, ginecologia e ortopedia, conforme se observa na Figura 3:

Figura 3 – Estrutura Ambulatorial Geral

Especialidade	Especialidades atendidas	Número de consultórios
Oftalmologia	Oftalmologia	01
Clinica médica	Cardiologia Endocrinologia Pneumologia	08

	Neurologia Infectologia Gastroenterologia Otorrinolaringologia Dermatologia Proctologia Urologia	
Clinica cirúrgica	Cirurgia vascular Neurocirurgia adulto e infantil Cirurgia geral Cirurgia plástica Cirurgia pediátrica	11
Ginecologia	Climatério Mastologia Pré-natal de alto risco Planejamento familiar Colposcopia Histeroscopia	04
Ortopedia	Ortopedia	03
Total		27

Fonte: Adaptado de Monken e Moreno, 2015 p. 99.

Este ambulatório não utiliza um sistema informatizado de notificação de incidentes de segurança do paciente, incluindo os EA, portanto as notificações são desenvolvidas em um impresso próprio. A equipe multiprofissional é incentivada a prosseguir com o registro voluntário de falhas em prol da segurança dos pacientes atendidos.

3.1.2 Procedimentos de coleta de dados

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e natureza exploratória que ocorreu, em um primeiro momento, por meio da coleta de dados secundários através do levantamento bibliográfico em livros, artigos, legislações e redes (Gil, 2009). A consulta nos sites da *World Health Organization*, Ministério da Saúde e ANVISA possibilitou o exame de publicações importantes sobre segurança do paciente. Para que as informações fossem organizadas e armazenadas foi desenvolvido um formulário no qual elas foram sistematicamente descritas e analisadas. De acordo com Gil (2009) por seu caráter flexível, toda pesquisa exploratória envolve levantamento bibliográfico, esse tipo de levantamento é a premissa básica para o desenvolvimento de qualquer pesquisa científica.

Em um segundo momento, o processo de notificação da equipe multiprofissional pôde ser observado através de visitas no ambulatório de grande porte localizado na cidade de São Paulo, essas visitas ocorreram por este ser o setor indicado pelo núcleo de segurança do paciente do hospital como um possível local para pesquisas sobre incidentes.

Além da observação da atuação da equipe, essas visitas permitiram contato direto com os profissionais que relataram que os formulários de notificação não são impressos e distribuídos aleatoriamente pelos consultórios do ambulatório. Em caso de incidente de segurança do paciente, cada profissional diretamente envolvido no incidente deve relatar a situação a seu respectivo líder que é quem tem acesso ao computador. É o líder quem preenche o formulário de notificação e o envia por e-mail para o núcleo de segurança do paciente.

Para complementar a pesquisa bibliográfica, outro procedimento adotado para o desenvolvimento dessa pesquisa foi o estudo de caso. Yin (2015) ressalta que dentre as técnicas utilizadas em estudo de caso, a análise de documentos é recomendável, assim para identificarmos como as informações contidas nos registros de incidentes de segurança do paciente são processadas pelos responsáveis no ambulatório do hospital público estudado, as notificações de um determinado período foram retrospectivamente analisadas a partir da pesquisa documental.

Para Theóphilo e Martins (2009) a pesquisa documental é uma estratégia de investigação baseada em evidências que facilita o entendimento do pesquisador acerca de um determinado fenômeno. Seguindo esta linha de raciocínio Marconi e Lakatos (2010 p. 174) descrevem que:

A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois.

Desta forma, a amostra foi constituída através da análise das notificações dos incidentes de segurança do paciente, desenvolvidas pela equipe multidisciplinar no ambulatório do hospital geral de grande porte e de ensino em nível terciário entre 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014. Esse período foi estabelecido porque, de acordo com a literatura, muitos incidentes de segurança do paciente não são notificados, principalmente na saúde primária, portanto acreditamos que em um ano teríamos uma amostra satisfatória no que se refere à pesquisa documental.

Theóphilo & Martins (2009) explicam que a confiabilidade deste tipo de pesquisa aumenta na medida em que esta técnica de coleta de informações é complementada por meio da análise de outras fontes de pesquisa. Desta forma, com o intuito de verificar se na perspectiva dos profissionais que trabalham no ambulatório do hospital estudado a ocorrência dos incidentes de segurança do paciente correspondem com a frequência dos respectivos registros, a abordagem utilizada foi quantitativa, descritiva. De acordo com Oliveira (2002 p. 115):

O Quantitativo, conforme o próprio nome indica, significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, assim como também com o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde as mais simples, como porcentagem, média, moda, mediana e desvio padrão, até as de uso mais complexo, como coeficiente de correlação, análise de regressão etc., normalmente utilizados em defesa de teses.

Nesta dimensão desse estudo, a amostra para o desenvolvimento da pesquisa foi composta pela equipe multiprofissional que atua no ambulatório do hospital que conta com 170 colaboradores distribuídos entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Neste aspecto do trabalho, a técnica de coleta de dados ocorreu mediante a aplicação de um questionário estruturado fechado à equipe multiprofissional que atua no ambulatório do referido hospital.

Estes profissionais foram convidados a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, apresentado no apêndice 1 deste trabalho, dispondo-se a participar voluntariamente do estudo. O questionário apresentou 32 perguntas nas quais as respostas foram classificadas de acordo com a categoria proposta na escala Likert, apresentada da seguinte forma: 1) discordo totalmente, 2) discordo, 3) não discordo nem concordo, 4) concordo e 5) concordo totalmente.

Para Bartholomeu, Montielb e Machado (2013) a escala Likert é recomendada quando se pretende identificar e monitorar a frequência ou a intensidade de respostas de diferentes indivíduos acerca de um determinado fenômeno e estas respostas preveem possibilidades de intermediar as alternativas encontradas entre um extremo e outro.

A primeira parte do questionário aplicado apresentou alternativas de respostas que viabilizaram a caracterização dos respondentes, sem possibilitar a identificação dos mesmos, pois investigou a idade, o gênero, a escolaridade, o tempo de formação, a experiência profissional na instituição e a profissão.

Em seguida, informações sobre o conteúdo e objetivo do questionário, apresentado no apêndice 2 deste trabalho, foram retratadas, desta forma o respondente foi orientado a avaliar e assinalar a resposta que melhor descrevia o quanto as proposições apresentadas se aproximavam ou se distanciavam de suas rotinas de trabalho no ambulatório do hospital.

As perguntas de 1 a 4 investigaram o conhecimento do profissional sobre os incidentes de segurança do paciente, bem como a importância de suas notificações. De acordo com a WHO a segurança do paciente envolve a redução de riscos a danos que podem ser prevenidos durante a assistência à saúde. Quando ocorrem, os incidentes de segurança do paciente podem complicar o quadro clínico do indivíduo, aumentando o tempo de internação e em casos extremos podem evoluir para o óbito (Wachter, 2013).

A RDC nº 36/2013 propõe que os incidentes e eventos adversos sejam notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Assim, tornou-se imprescindível saber se os profissionais envolvidos na assistência conhecem os preceitos da segurança do paciente e a importância das notificações dos incidentes e eventos adversos, pois para Costa et al. (2013) a segurança do paciente é mal compreendida pelos profissionais que prestam assistência a saúde.

As questões de 5 a 7 se relacionaram à percepção do respondente sobre a frequência de treinamentos oferecidos pela instituição que abordam a importância das notificações de incidentes de segurança do paciente. Costa *et al.*, (2013) ressaltam que a orientação constante da equipe associada à educação continuada pode favorecer o desenvolvimento de melhores práticas na assistência, melhorando também o volume de registros de incidentes de segurança do paciente.

As proposições de 8 a 10 identificaram a classificação, a frequência e o monitoramento das notificações no ambulatório estudado. Paranaguá *et al.*, (2014) descrevem que falhas nos sistemas de informações, associadas a protocolos clínicos ineficientes e mecanismo de registro extensos e complexos dificultam as notificações e, conseqüentemente, seu monitoramento.

A análise das assertivas 11 a 15 tornou possível a identificação da discrepância entre os incidentes de segurança do paciente ocorridos e notificados, pois muitos autores como Oliveira *et al.*, (2014) postulam que nos hospitais brasileiros os incidentes de segurança do paciente e suas conseqüências negativas são muito mais comuns do que suas respectivas notificações.

O envolvimento do profissional na notificação foi analisado nas assertivas 16 a 18 e os fatores que corroboram com a subnotificação foram avaliados nas questões 19 a 24. Essas

dimensões do construto foram desenvolvidas a partir das contribuições de Capucho et al., (2013) e Carvalho *et al.*, (2013) quando descrevem que as subnotificações ocorrem por diversos fatores, dentre eles o medo da punição ou de consequências negativas por parte da instituição ou da liderança, a culpa por cometer um erro, a vergonha de se expor frente aos pares, o excesso de trabalho e a falta de tempo.

Estes argumentos também sustentaram as investigações das questões 25 a 30, pois elas abordaram as consequências dos registros desenvolvidos a partir do relato voluntário. Enquanto na questão 31 o profissional indicou que se identifica para elaborar a notificação, na questão 32 o profissional indicou que a notificação é anônima, conforme se observa na Figura 4:

Figura 4 - Construto

Proposições	Investigação	Referências
1, 2, 3 e 4	Discernimento sobre segurança do paciente	Costa <i>et al.</i> , (2013); RDC 36/2013 e Wachter (2013)
5, 6 e 7	Frequência de treinamento	Costa <i>et al.</i> , (2013)
8, 9 e 10	Monitoramento das notificações	Paranaguá <i>et al.</i> , (2014)
11,12,13,14 e 15	Subnotificações	Oliveira <i>et al.</i> , (2014)
16, 17 e 18	Envolvimento na notificação	Capucho <i>et al.</i> , (2013) e Carvalho <i>et al.</i> , (2013)
19, 20, 21, 22, 23 e 24	Fatores que contribuem com a subnotificação	Capucho <i>et al.</i> , (2013) e Carvalho <i>et al.</i> , (2013)
25, 26, 27, 28, 29 e 30	Consequências da notificação	Capucho <i>et al.</i> , (2013) e Carvalho <i>et al.</i> , (2013)
31 e 32	Anonimato da notificação	Capucho <i>et al.</i> , (2013) e Carvalho <i>et al.</i> , (2013)

O estudo de caso ocorreu a partir da pesquisa documental. Esta investigação ocorreu mediante visitas no ambulatório do hospital entre os dias 10/11/2015 a 12/11/2015 quando foram coletados os dados inerentes aos formulários de notificação de incidentes de segurança do paciente, desenvolvidos pela equipe multiprofissional em 2014. Com base nas colocações de Freitas e Jabbour (2011 p. 9) “Nada impede que o pesquisador, em estudo de casos, inicie a

investigação com uma pesquisa qualitativa e não obstante, se necessário, finalize a investigação validando as evidências obtidas por meio de uma pesquisa quantitativa”. Desta forma, esta pesquisa também apresentou uma abordagem quantitativa descritiva que ocorreu mediante a aplicação de um questionário estruturado fechado aos membros da equipe multiprofissional que atuam no ambulatório do hospital público estudado.

Os questionários foram aplicados respeitando os plantões dos profissionais que em alguns casos ocorriam em escala de 6 horas diárias ou 12 horas diárias (plantões 12hx36h). Os questionários foram distribuídos em dois dias e respeitando o número de profissionais que atuam no setor, foram reproduzidos 170 questionários e a mesma quantidade de termos de consentimento livre e esclarecido. Tanto a pesquisa documental, quanto a coleta de dados por meio dos questionários só ocorreram mediante a aprovação do Comitê de Ética da Plataforma Brasil e Comitê de Ética e Pesquisa [CEP] do hospital / CAAE: 50569715.0.00005551, número do parecer consubstanciado do CEP nº 1.317.837, apresentado no apêndice 3 desse trabalho.

3.1.3 Procedimento de análise do tratamento dos dados

Para a coleta de dados e informações, no que se refere à abordagem qualitativa deste trabalho optou-se pela pesquisa bibliográfica e pelo estudo de caso em um ambulatório de um hospital de grande porte. As informações extraídas dos sites da WHO, Ministério da Saúde e ANVISA foram organizadas e armazenadas sistematicamente em um formulário no Word para que as palavras chave fossem averiguadas posteriormente. A pesquisa documental permitiu registrar, como critério de inclusão, as notificações dos incidentes de segurança do paciente realizadas pela equipe multiprofissional do ambulatório no ano de 2014. A partir de um formulário de notificação em branco, foi desenvolvida uma planilha no “Excel” para que os dados observados fossem documentados e analisados posteriormente.

Para verificar a discrepância entre os incidentes de segurança do paciente ocorridos durante o período e respectivamente notificados, antes de analisar os documentos, a pesquisadora conversou com os empregados que estavam de plantão e os convidou a preencher um questionário estruturado fechado, disponível no apêndice desse trabalho, este instrumento foi utilizado para realizar a pesquisa quantitativa. O tempo médio para seu preenchimento foi estimado em 5 minutos e por se tratar de um instrumento simples e autoexplicativo, não houve necessidade de orientação.

Após a coleta, tanto os dados da pesquisa documental quanto os dados do questionário, foram analisados com o auxílio da ferramenta Excel. Desta forma, a análise dos

dados ocorreu mediante a mensuração dos resultados através de métodos estatísticos, pois a estatística descritiva corroborou com descrição de fenômenos observados no estudo (Theóphilo & Martins, 2009).

3.2 Limitações da pesquisa

De acordo com Rüdiger (1999) a teoria crítica foi desenvolvida em meados de 1942 a partir de um estudo de base marxista cujo baluarte é o funcionalismo pautado na classificação objetiva dos meios de comunicação em massa em prol do consumo e do capitalismo. Adorno e Horkheimer utilizaram pela primeira vez o termo indústria cultural na dialética do esclarecimento que substituiu a cultura de massas por não ser uma cultura desenvolvida pelas massas e sim para as massas. O objeto do estudo da teoria crítica é a comunicação de massas que visa obtenção de lucro.

A crítica consiste na padronização de valores e transformação da cultura em mercadoria através dos meios de comunicação que determina o consumo. A indústria cria a estratégia de manipulação que estabelece diretrizes acerca do que deve ser feito e consumido. No que tange os elementos artísticos, a produção em massa aliena e unifica o gosto, portanto não contribui com o desenvolvimento cultural e intelectual dos indivíduos. Embora o baluarte da teoria crítica seja marxista, Adorno e Horkheimer não pretendiam promover mudanças políticas e sim preservar a liberdade intelectual (Rüdiger, 1999).

Neste sentido, no contexto organizacional o conhecimento a ser criado e disseminado não é o conhecimento genuíno e sim o conhecimento prático, operacional, manifestado pelos indivíduos enquanto trabalham. Este é um importante argumento dos críticos da gestão do conhecimento que acreditam que o conhecimento é único, intransferível e está na cabeça dos indivíduos.

Outra fragilidade importante consiste no fato da proposta de modelo de gestão do conhecimento apresentada nesse trabalho precisar ser validada por meio da aplicação de suas dimensões em hospitais públicos. A mensuração dos resultados após a implementação do modelo proposto seria interessante para estimular ou não sua utilização.

As informações levantadas nessa pesquisa retratam a realidade de um ambulatório, assim, neste aspecto do estudo, os dados não podem ser generalizados, pois não se estendem a outras áreas do complexo hospitalar. Além disso, o hospital estudado tem uma cultura própria e subjetiva, portanto, apesar da proposta poder ser aplicada em qualquer hospital, os dados coletados não têm validade em outros hospitais.

Observou-se que, no ambulatório onde os dados foram coletados, há certa burocracia para que as notificações aconteçam. Os formulários não ficam impressos em volume à disposição da equipe multiprofissional, eles são preenchidos no computador pelos líderes de cada equipe, pois nem todos os trabalhadores têm fácil acesso a esse equipamento durante o expediente.

É importante mencionar que, apesar dos órgãos competentes classificarem os incidentes de segurança do paciente em três categorias, no ambulatório onde a pesquisa ocorreu há apenas o formulário para notificação de EA. Muitos profissionais não demonstraram interesse e disposição em preencher o questionário aplicado, caso houvesse mais participação, a pesquisa poderia apresentar resultados mais ricos e fidedignos.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

As classificações das notificações dos incidentes de segurança do paciente emitidos pela unidade do ambulatório do hospital de grande porte no período compreendido entre 01/01/2014 e 31/12/2014 foram relacionadas às informações descritas na tabela 3:

Tabela 3 – Notificações de 2014

Data	Classificação	Tipo de evento	Dano ao paciente
19/01/2014	Leve	Execução de rotina	Sem dano
20/01/2014	Leve	Execução de rotina	Sem dano
17/01/2014	Leve	Execução de rotina	Sem dano
01/04/2014	Leve	Execução de rotina	Sem redução / perda de função
15/10/2014	Leve	Outros	Sem dano
29/11/2014	Leve	Documentação	Sem dano

A partir da análise feita por meio da pesquisa documental, verificou-se que houve apenas seis notificações no período, sendo todas classificadas como leve. Este indicador se refere ao nível do dano ao paciente. De acordo com a ANVISA o grau leve ocorre quando o paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção mínima, quando precisou de pequeno tratamento ou foi submetido à observação.

Quatro notificações foram atribuídas à execução de rotina, em outras palavras, pode ter havido falha na triagem, *check up* ou diagnóstico do paciente. Também, pode ter havido problemas nos procedimentos, tratamentos ou intervenções na assistência geral ou até mesmo contenção física. Como o hospital não detalhou o que aconteceu, as informações foram fundamentadas pela ANVISA.

O item outros pode ser atrelado à marcação de consulta, lista de espera, regulação e identificação do paciente. Já, o evento relacionado à documentação ocorre mais comumente por documento em falta ou indisponível, atraso no acesso ao documento, documento entregue para paciente errado ou documento errado, também são comuns informações ambíguas, ilegíveis ou incompletas no documento (ANVISA).

No que se refere às consequências dos incidentes registrados, uma das notificações indicou que houve dano sem redução/perda, ou seja, o paciente não foi prejudicado pelo EA.

Em um ambulatório de grande porte, onde são atendidas mais de onze mil pessoas por mês, como é o caso deste hospital, considera-se seis notificações anuais um número simbólico. Entre as possíveis interpretações, que podem ser várias, existem duas que são pautadas na análise da literatura desse estudo: 1) o ambulatório opera com excelência e na rotina de atendimentos quase não ocorrem incidentes de segurança do paciente ou b) os incidentes de segurança do paciente ocorrem, mas não são registrados no formulário de notificação.

Dando continuidade à análise e interpretação dos resultados, para estudar o mecanismo pelo qual as notificações dos incidentes de segurança do paciente disseminam o conhecimento no ambulatório estudado e investigar a prática do relato voluntário dos colaboradores envolvidos em tais notificações, além da pesquisa documental, foi aplicado um questionário estruturado fechado aos profissionais que trabalham neste setor.

Dos 170 profissionais que atuam no ambulatório, 26 se mostraram dispostos a colaborar com a pesquisa, ou seja, 15,30% dos colaboradores responderam o questionário, destes 76,92% são mulheres e 23,08% são homens. A maior parte dos respondentes tem mais de 50 anos, representando 53,85% da amostra. A segunda maior faixa etária tem entre 41 e 50 anos e corresponde a 34,61%. Mais da metade dos profissionais tem nível técnico 53,85%, 19,23% tem curso de pós-graduação, 53,85% dos respondentes tem mais de 10 anos de formação e 80,77% trabalha na instituição há mais de 10 anos.

A distribuição das profissões dos respondentes pode ser observada na tabela 4:

Tabela 4 - Profissões

Profissões	
Auxiliar de enfermagem	46,15%
Enfermeiro	19,23%
Técnico de enfermagem	11,54%
Médico	11,54%
Assistente Social	7,69%
Psicólogo	3,85%
Total	100%

O questionário contemplou 32 assertivas nas quais os respondentes descreveram o número de 1 a 5, de acordo com o grau de concordância. As proposições foram analisadas em 8 diferentes dimensões de investigação sendo: 1) conhecimento sobre incidentes de segurança do paciente, 2) treinamento, 3) monitoramento de notificação, 4) registro de notificação, 5) prioridade de notificação, 6) dificuldade de notificação, 7) consequências da notificação e 8) anonimato no ato da notificação.

A dimensão 1 contemplou quatro assertivas que indicaram que a maior parte dos profissionais conhece a diferença entre incidente com dano e incidente sem dano, a maioria acredita que todos os incidentes devem ser notificados e não concorda que só os incidentes com danos devem ser notificados, 42,30% dos profissionais discorda da afirmação: as notificações não melhoram a segurança do paciente.

Os dados indicam que os profissionais têm conhecimento sobre incidentes de segurança do paciente e sobre notificações, conforme se observa na tabela 5:

Tabela 5 – Conhecimento sobre incidentes de segurança do paciente

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Branco
Questão 1	3,85%	7,69%	11,54%	34,61%	38,46%	3,85%
Questão 2	0	3,85%	3,85%	50%	42,30%	0
Questão 3	30,77%	42,30%	7,69%	11,54%	3,85%	3,85%
Questão 4	46,15%	23,08%	3,85%	15,38%	7,69%	3,85%

Na dimensão 2, questão 5, muitos profissionais indicaram que concordam ou concordam totalmente que os treinamentos oferecidos pela instituição sempre reforçam a importância da notificação de todos os incidentes de segurança do paciente, na questão 6 a maioria apontou que discorda ou não discorda e nem concorda que só a notificação de eventos adversos é estimulada nos treinamentos. Na questão 7, 34,61% dos respondentes discordam que os treinamentos nunca abordam o tema notificação. Tudo indica que o tema notificação de incidentes de segurança do paciente é abordado em treinamentos oferecidos pela instituição. A distribuição das respostas pode ser observada na tabela 6:

Tabela 6 - Treinamento de incidentes de segurança do paciente

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Branco
Questão 5	7,69%	15,38%	15,38%	26,92%	30,77%	3,85%
Questão 6	7,69%	23,08%	23,08%	26,92%	11,54%	7,69%
Questão 7	15,38%	34,61%	26,92%	11,54%	7,69%	3,85%

Na dimensão 3, enquanto nas questões 8 e 9 38,46% e 30,77% das pessoas, respectivamente, não concordam e nem discordam que todos os incidentes de segurança do paciente são monitorados no ambulatório e só os incidentes com danos são monitorados no ambulatório, respectivamente, na questão 10, 26,92% concordam que os incidentes de segurança do paciente não são monitorados no ambulatório. Muitas pessoas ficaram indecisas em afirmar que não há monitoramento de incidentes no ambulatório, tudo indica que os incidentes de segurança do paciente devem ser melhor monitorados no setor, conforme se observa na tabela 7:

Tabela 7 – Monitoramento da notificação

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Branco
Questão 8	11,54%	23,08%	38,46%	15,38%	7,69%	3,85%
Questão 9	11,54%	19,23%	30,77%	26,92%	11,54%	0
Questão 10	15,38%	19,23%	26,92%	26,92%	7,69%	3,85%

A dimensão 4 investigou o registro de notificações e por meio das avaliações das respostas das questões 11, 12, 13, 14 e 15 tornou-se possível averiguar:

- 30,77% dos profissionais não concordam nem discordam que há mais incidentes de segurança do paciente que notificações.
- 38,46% dos profissionais concordam que o volume de notificações se aproxima da quantidade de incidentes de segurança do paciente que ocorrem no setor.
- 34,61% concordam que todos os incidentes de segurança do paciente são monitorados no ambulatório.
- 23,08% das pessoas apontaram que discordam que a maioria dos incidentes de segurança do paciente é notificada no ambulatório, entretanto a mesma quantidade de pessoas concorda com a afirmativa.

- 38,46% discordam que nenhum incidente de segurança do paciente é registrado no ambulatório.

De acordo com os profissionais que participaram da pesquisa no ambulatório não há mais incidentes de segurança do paciente que suas respectivas notificações. Entretanto, a mesma quantidade de pessoas, ou seja, 23,08% assinalou que a maioria dos incidentes é notificada e não é notificada. Seria oportuno investigar se realmente os profissionais que atuam no ambulatório sabem o que são incidentes de segurança do paciente e notificação. A distribuição de respostas pode ser observada na tabela 8:

Tabela 8 - Registro de incidentes de segurança do paciente

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Branco
Questão 11	19,23%	19,23%	30,77%	15,38%	11,54%	3,85%
Questão 12	11,54%	15,38%	23,08%	38,46%	7,69%	3,85%
Questão 13	11,54%	19,23%	15,38%	34,61%	19,23%	0
Questão 14	19,23%	23,08%	15,38%	23,08%	15,38%	3,85%
Questão 15	23,08%	38,46%	19,23%	7,69%	7,69%	3,85%

A dimensão 5 averiguou as questões 16, 17 e 18 e a partir da análise das respostas constatou-se que 38,46% dos respondentes não notificam apenas os incidentes em que estão diretamente envolvidos, 26,92% afirmaram que notificam também os incidentes em que não estão diretamente envolvidos. Por outro lado, 11,54% dos profissionais responderam que não notificam os incidentes de segurança do paciente no ambulatório, independente de quem esteja envolvido. Essas informações sugerem que a notificação faz parte da rotina do ambulatório. O detalhamento das respostas é retratado na tabela 9:

Tabela 9 – Prioridade de notificação

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Branco
Questão 16	19,23%	38,46%	15,38%	11,54%	11,54%	3,85%
Questão 17	15,38%	23,08%	15,38%	26,92%	19,23%	0
Questão 18	42,30%	26,92%	11,54%	11,54%	0	7,69%

A dimensão 6 investigou as questões 19 a 24 e tornou possível identificar que 26,92% dos respondentes não concordam nem discordam que o excesso de trabalho dificulta a notificação, 46,16% das pessoas discordam ou discordam totalmente com essa assertiva. Enquanto 34,61% das pessoas indicaram que não concordam que a falta de tempo prejudica a notificação, 38,46% responderam que discordam que a falta de estímulo por parte da instituição dificulta a notificação. Metade dos respondentes discorda totalmente que tem falta de interesse em notificar os incidentes de segurança do paciente no ambulatório, 42,30% discordam totalmente que o medo da punição prejudica a notificação no ambulatório, 50% dos respondentes apontaram que a culpa e a vergonha não interfere no registro de notificação.

De acordo com os dados levantados, no ambulatório não há fatores que prejudicam a notificação, essas informações não vão ao encontro do que prevê a literatura. Seria oportuno investigar o que levou os profissionais a apresentarem essas concepções. A classificação das respostas dessa dimensão pode ser verificada na tabela 10:

Tabela 10 – Fatores que dificultam a notificação

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Branco
Questão 19	23,08%	23,08%	26,92%	19,23%	7,69%	0
Questão 20	19,23%	34,61%	23,08%	11,54%	11,54%	0
Questão 21	19,23%	38,46%	11,54%	19,23%	7,69%	3,85%
Questão 22	50%	34,61%	3,85%	7,69%	0	3,85%
Questão 23	42,30%	26,92%	19,23%	3,85%	3,85%	3,85%
Questão 24	50%	26,92%	7,69%	11,54%	0	3,85%

Na dimensão 7 foram analisadas as consequências da notificação para os profissionais, essas informações foram registradas nas assertivas 25 a 30, conforme descrição a seguir:

- 61,54% discordam ou discordam totalmente que as pessoas que notificam os incidentes são advertidas verbalmente no ambulatório.
- 38,46% discordam totalmente que as pessoas que notificam os incidentes são advertidas por escrito.
- 42,30% das pessoas discordam totalmente que as pessoas que notificam os incidentes são suspensas.
- 38,46% responderam que discordam totalmente que as pessoas que notificam os incidentes são ridicularizadas pelos colegas no ambulatório.

- 34,61% dos respondentes discordam totalmente que as pessoas que notificam os incidentes são denunciadas junto ao conselho de classe. A mesma quantidade de pessoas não discorda e nem concorda com essa afirmação.
- 46,15% das pessoas indicaram que não concordam nem discordam que nada acontece com os profissionais que notificam os incidentes de segurança do paciente.

A análise dessas informações nos leva a constatar que não há consequências negativas para os profissionais que notificam os incidentes de segurança do paciente, conforme se observa na tabela 11:

Tabela 11 – Consequências da notificação

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Branco
Questão 25	30,77%	30,77%	19,23%	11,54%	3,85%	3,85%
Questão 26	38,46%	19,23%	26,92%	7,69%	7,69%	0
Questão 27	42,30%	30,77%	23,08%	0	0	3,85%
Questão 28	38,46%	30,77%	26,92%	0	0	3,85%
Questão 29	34,61%	23,08%	34,61%	3,85%	0	3,85%
Questão 30	11,54%	15,38%	46,15%	15,38%	7,69%	3,85%

Na dimensão 8, tanto na questão 31 quanto na 32 a maioria das pessoas não discorda nem concorda que precisa ou não se identificar para notificar um incidente de segurança do paciente. Conforme se observa na tabela 12:

Tabela 12 – Anonimato na notificação

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Branco
Questão 31	15,38%	19,23%	34,61%	11,54%	15,38%	3,85%
Questão 32	23,08%	11,54%	42,30%	15,38%	3,85%	3,85%

No que se refere aos incidentes de segurança do paciente, se os dados encontrados na pesquisa documental forem confrontados com os resultados do questionário, nota-se que pode existir um enorme viés entre o que foi declarado pelos profissionais e o que foi de fato notificado na rotina de trabalho. Tudo indica que se os profissionais fossem tão adeptos à

cultura da notificação como se mostraram em teoria, o volume de registros no período de um ano seria mais expressivo.

Não se sabe se todos os membros da equipe multiprofissional realmente compreenderam o que foi investigado no questionário. O repertório dos empregados do ambulatório não foi considerado na elaboração das assertivas. As informações precisam ser melhor investigadas, pois muitos respondentes com mais de 50 anos apresentaram um linguajar muito simples e disseram que não se qualificaram durante a trajetória profissional.

É importante ressaltar que 80,77% dos profissionais atuam há mais de 10 anos na instituição, muitos auxiliares de enfermagem disseram que trabalham no hospital há mais de 30 anos. Apesar de 53,85% das pessoas declararem que têm nível técnico, em conversas informais na distribuição dos questionários, muitos auxiliares de enfermagem relataram que não concluíram o ensino médio, 53,85% das pessoas que responderam o questionário têm mais de 10 anos de formação.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DA PROPOSTA DO MODELO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO

Após análise reflexiva e interpretação dos dados coletados, com base na literatura, obteve-se como resultado um modelo de gestão do conhecimento que pode promover o aumento dos registros de notificação de incidentes de segurança do paciente no ambiente hospitalar de forma simples, segura e com baixo investimento de tempo e recurso financeiro.

5.1 Proposta de modelo de gestão do conhecimento para promover o aumento do registro de notificações de incidentes de segurança do paciente em hospitais públicos

A prevenção de incidentes de segurança do paciente durante a assistência a saúde é pautada em preceitos legais e éticos e é um desafio para a OMS e para os órgãos competentes da área da saúde. De acordo com Paranaguá *et al.*, (2014) os incidentes de segurança do paciente ocorrem por vários fatores, mas são potencializados pela ineficiência do mecanismo de registro notificações.

Os erros e incidentes em serviços de saúde devem ser relatados por meio de notificações, pois são elas que trazem à tona o conhecimento, a dimensão e a intensidade do problema. Com o aumento das notificações, os gestores de organizações de saúde passam a ter mais informações para delinear estratégias que podem diminuir esses incidentes (Jha *et al.*, 2013).

Diante da reflexão acerca da problemática relacionada à subnotificação, como contribuição, a pesquisadora propõe a implantação de um modelo de gestão do conhecimento com foco no aumento das notificações de incidentes de segurança do paciente nos hospitais públicos da cidade de São Paulo. Esse modelo de gestão do conhecimento foi desenvolvido a partir das recomendações da WHO no que se refere aos sete passos para a segurança do paciente.

Os seis elementos relevantes para o modelo de gestão do conhecimento propostos por Batista (2012) também foram considerados nessa proposta. Antes de discorrer sobre esses elementos, é oportuno enfatizar que para Batista (2012) as práticas de GC só devem ser implementadas no setor público se estiverem atreladas ao alcance dos objetivos, à melhoria da eficiência e aprimoramento da qualidade dos serviços prestados. Como parte do Estado, as

organizações públicas prestam serviços que atendem necessidades coletivas, portanto o modelo de GC desenhado para este setor deve considerar tanto a sociedade quanto o cidadão.

A GC envolve princípios compostos por quatro fases pautados em Nonaka e Takeushi (1997), Terra (2005), Angeloni (2008) e Batista (2012), são elas:

- 1) Identificação, criação e geração de conhecimento.
- 2) Codificação, documentação, estruturação e armazenamento do conhecimento.
- 3) Disseminação, compartilhamento e distribuição do conhecimento.
- 4) Utilização, apropriação e incorporação do conhecimento na memória corporativa.

O modelo desenvolvido nesse trabalho atende tanto os princípios da gestão do conhecimento como as expectativas de Batista (2012), pois além de viabilizar o processo da GC, vai ao encontro do que preconiza a OMS (2009) e o MS que preveem sete passos para melhorar a segurança do paciente, são eles:

1. Promover a cultura da segurança
2. Liderar e dar apoio à equipe
3. Integrar as atividades de gestão de risco
4. Incentivar a notificação
5. Envolver os pacientes e o público
6. Aprender e compartilhar
7. Implementar soluções para prevenir danos

O primeiro passo proposto pela OMS (2009) para a segurança do paciente é a promoção da cultura da segurança. Neste contexto, em outros termos a cultura holística é a premissa básica para a implementação de qualquer iniciativa de GC. De acordo com Angeloni (2008) ela é estabelecida a partir da mudança de postura do gestor que deve fomentar a visão de empresa aberta, participativa, que alinha os objetivos organizacionais aos individuais.

Esta cultura favorece o comprometimento e a participação mútua. Desta forma, a estrutura dos cargos não determina o que as pessoas devem ou não devem fazer, elas passam a ser multifuncionais, isto significa que os empregados não ficam restritos às atividades inerentes ao seu cargo, eles entendem que devem colaborar para o alcance da missão organizacional. Revisando as proposições de Senge (2009; 2014) percebe-se que tanto as pessoas quanto as organizações são capazes de aprender com os erros.

A cultura da segurança do paciente deve reforçar a premissa de que o objetivo da notificação não é procurar falhas individuais e sim, a partir da análise das informações sobre os incidentes de segurança do paciente, prevenir novas ocorrências. É papel da organização disseminar esses novos valores, mas a contribuição de cada indivíduo é primordial para que a inovação organizacional aconteça. A partir dessas considerações podemos perceber que o capital humano é o principal elemento da GC e é parte do fluxo de capital intelectual.

Para Stewart (1998), Cruz e Alves (2013) e Faria (2014) o capital intelectual é a capacidade da organização aplicar processos que envolvem criação e inovação sucessiva, proporcionando valor de qualidade superior através da interação entre capital humano, capital estrutural e capital dos clientes. No que se refere ao capital humano, a empresa não deve medir esforços ao investir em programas educacionais para que o conhecimento seja aplicado de forma eficaz nos processos de trabalho, pois ele pode ser gerado e compartilhado em qualquer nível e função.

O segundo passo proposto pela OMS (2009) para a segurança do paciente é a liderança e apoio a equipe. Para Robbins, Judge e Sobral (2010, pg. 359) liderança “é a capacidade de influenciar um conjunto de pessoas para alcançar metas e objetivos”. A participação dos líderes é fundamental para o sucesso da implementação do modelo de gestão do conhecimento.

Eles são responsáveis pela formalização de iniciativas de GC, bem como pela instituição de políticas de reconhecimento e recompensas que devem ser estrategicamente estabelecidas junto às pessoas envolvidas. Em uma organização que aplica GC, o líder é referência de comportamento, pois é ele quem transmite os valores e é responsável pela continuidade administrativa da aplicação do conhecimento (Angeloni, 2008; Batista, 2012; Senge, 2009).

O terceiro passo proposto pela OMS (2009) para a segurança do paciente é integrar as atividades de gestão de risco. Essa assertiva é discutida por Hinrichsen *et al.*, (2012) ao reconhecerem que muitas organizações da área da saúde não procuram falhas na estrutura e no processo, principalmente no que se refere a EA, por esse motivo essas empresas têm mais dificuldade de reestruturar os sistemas que envolvem a prática da assistência. Para os autores, os riscos só podem ser prevenidos mediante a análise, controle e monitoramento de sua origem.

O quarto passo proposto pela OMS (2009) para a segurança do paciente é incentivar a notificação. No Brasil o banco de dados da NOTIVISA é abastecido mediante a colaboração de cada instituição. É importante que haja o relato voluntário de todos os incidentes de

segurança do paciente para que os dados sejam avaliados estatisticamente, em um primeiro momento pela própria instituição de saúde e, posteriormente, pelos órgãos competentes a partir do compartilhamento das informações. Cabe, também, a cada organização de saúde capacitar a equipe multiprofissional, avaliar e divulgar os resultados dos esforços despendidos em prol da notificação.

Por meio de tais elementos emergem os conceitos de dados, informações e conhecimento. Para Angeloni (2008), dados são registros sem significados, são fragmentos da informação, porém um conjunto de dados compõe a informação, a informação processada pelo indivíduo pode levá-lo a desenvolver conhecimento e o conhecimento pode habilitar a ação no que se refere à tomada de decisão.

Na assistência à saúde, as notificações dos incidentes de segurança do paciente corroboram com o desenvolvimento de práticas mais seguras (Capucho, Arnas & Cassiani, 2013). Neste sentido, fica evidente a relação de que cada notificação é um dado, pois é parte de uma informação. Todas as notificações desenvolvidas em um determinado período são consideradas informações, pois representam um conjunto de dados.

Ao serem analisadas e integradas a um esquema existente, essas informações geram conhecimento, pois elas são analisadas pelo responsável do Núcleo de Segurança do Paciente e posteriormente pelos órgãos competentes. Conseqüentemente esse conhecimento pode contribuir com o desenvolvimento de estratégias que podem prevenir a ocorrência de incidentes de segurança do paciente.

O quinto passo proposto pela OMS (2009) para a segurança do paciente é envolver o paciente e o público. Na era da informação e do conhecimento muitas pessoas conhecem sua condição geral de saúde, pois pesquisam e se interessam por ciências relacionadas a seu estado clínico. Elas precisam ser inseridas no processo de cuidado, devem opinar na decisão do tratamento e devem conhecer os riscos inerentes a ele. Neste sentido, esse passo da WHO (2009) pode ser associado ao capital do cliente que compõem o fluxo do capital intelectual. O capital do cliente ou capital relacional é definido por Stewart (1998), Cruz e Alvez (2013) e Faria (2014) como a força do relacionamento com o cliente ou com as partes envolvidas e se refere ao valor de qualidade percebida.

O sexto passo proposto pela OMS (2009) para a segurança do paciente envolve aprendizagem e compartilhamento. Neste sentido fica clara a preocupação com a educação continuada. Assim, encontros periódicos para reforçar a reflexão sobre segurança do paciente são recomendados pelos órgãos competentes. A educação continuada é muito importante para a mudança de comportamento da equipe multiprofissional (Batista, 2012).

Ao compreenderem este fenômeno Ques *et al.*, (2010) descrevem que o desenvolvimento dos empregados é um importante aliado na mudança da cultura corporativa, pois o principal bem intangível de uma organização é o conhecimento que está na cabeça e nas habilidades das pessoas, o principal desafio da GC consiste em transformar conhecimentos tácitos em explícitos (Angeloni, 2008; Carvalho, 2012; Terra, 2005).

Como se pode observar a GC aplicada a ações que potencializam a segurança do paciente, favorece não só o desenvolvimento, mas também a incorporação de competências críticas para a prática da notificação. Uma das premissas mais importantes da GC é que o conhecimento deve ser codificado e compartilhado. Neste sentido, Meihami e Meihami (2014) descrevem que o movimento da gestão do conhecimento trouxe a tona a concepção de um processo gerencial que envolve captação, distribuição e uso efetivo do conhecimento.

O sétimo passo proposto pela OMS (2009) para a segurança do paciente é a implementação de soluções que previnem danos. É recomendável que as propostas de melhorias sejam simples, acessíveis, mensuráveis, sustentáveis e eficazes. Seguindo essa linha de raciocínio Batista (2012) descreve que as características prioritárias de um modelo de gestão do conhecimento para o setor público são simplicidade, praticidade, viabilidade, foco no cidadão e na sociedade, fundamentação teórica, relevância, utilidade, linguagem e conteúdo adequados.

Tendo em vista essas recomendações, o modelo de gestão do conhecimento proposto nesse estudo é simples, prático e viável. Beneficia o profissional da saúde, o paciente e consequentemente a sociedade. As práticas sugeridas nesse modelo são fundamentadas em referencial teórico na área de gestão do conhecimento e segurança do paciente, são úteis, relevantes e adequadas ao setor da saúde. Esse modelo exige baixo investimento financeiro e não depende da elaboração de novos conteúdos sobre incidentes de segurança do paciente a serem disseminados, pois a literatura é vasta em publicações sobre o assunto.

Com base na contribuição de Batista (2012) o modelo de gestão do conhecimento para o setor público deve ter caráter holístico e ser focado em resultados. Além disso, deve envolver três dimensões: a) humana, composta por cultura, pessoas e liderança, b) organizacional, composta por estrutura, processos, estratégia e controle e c) tecnológica. Os seis elementos relevantes para o desenvolvimento de um modelo de gestão do conhecimento em organizações públicas preconizados pelo autor são:

- 1) Análise das diretrizes organizacionais
- 2) Viabilizadores da GC

- 3) Processo de GC
- 4) Ciclo KDCA
- 5) Resultados de GC
- 6) Partes interessadas.

No que se refere à análise das diretrizes organizacionais, por se tratar de um modelo desenhado para hospitais públicos, as declarações da missão, visão e valores da OPAS/OMS serviram como referência. Elementos como: promover a equidade na saúde, assegurar saúde e bem-estar, chegar ao mais alto padrão de qualidade e garantir um desempenho transparente, ético e confiável vão ao encontro da proposta do modelo de gestão do conhecimento apresentado neste trabalho, conforme se observa na Figura 5:

Figura 5 – Diretrizes organizacionais da OPAS/OMS no Brasil

<p>Missão:</p> <p>Orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados-Membros e outros parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas.</p>
<p>Visão</p> <p>A Repartição Sanitária Pan-Americana será o grande agente catalisador para assegurar que todos os habitantes das Américas gozem de ótima saúde e contribuam para o bem-estar de suas famílias e comunidades.</p>
<p>Valores</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equidade - Lutar por igualdade e justiça mediante a eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis. ▪ Excelência - Chegar ao mais alto padrão de qualidade naquilo que fazemos. ▪ Solidariedade - Promover os interesses e responsabilidades comuns e os esforços coletivos para alcançar as metas comuns. ▪ Respeito - Acolher a dignidade e a diversidade de indivíduos, grupos e países. ▪ Integridade - Garantir um desempenho transparente, ético e confiável.

Quando uma organização pública pretende se beneficiar com a GC, a primeira recomendação de Batista (2012) é a análise das diretrizes, pois todos os projetos estratégicos devem ir ao encontro da missão, visão, valores e objetivos empresariais.

No que tange os viabilizadores da GC, é importante considerar o papel da liderança, os investimentos em tecnologia, o envolvimento das pessoas e a dinâmica dos processos organizacionais no desenvolvimento do modelo proposto para o setor. Liderança foi um tema discutido nos sete passos para a segurança do paciente da WHO (2009), pois tem um importante papel no êxito do modelo de gestão do conhecimento.

O suporte tecnológico é imprescindível para o sucesso da GC, pois a transferência do conhecimento explícito é mais rápida e efetiva se todas as pessoas da empresa tiverem acesso ao uso do computador e facilidade para buscar informações quando necessário. O conteúdo transmitido deve ser atualizado constantemente e precisa ser facilmente acessado para que haja transferência de informação e conhecimento (Batista, 2012).

Estruturar os processos de trabalho é fundamental para a criação e disseminação de conhecimentos estratégicos (Angeloni, 2008; Silva, 2003; Terra, 2005;). Neste sentido, no fluxo do capital intelectual, o capital estrutural ou organizacional pode ser atrelado à capacidade da corporação identificar conhecimentos importantes e documentá-los para que sejam consultados quando necessário (Cruz & Alvez, 2013; Faria, 2014; Stewart, 1998).

A tecnologia da informação dá suporte à gestão do conhecimento e ajuda a empresa a aumentar o alcance e acelerar a velocidade de transferência de informações e conhecimento explícito (Angeloni, 2008; Stewart, 1998). Na era em que vivemos, não só o acesso, mas o domínio de tecnologias pode gerar conhecimento e valor de difícil mensuração (Carvalho, 2012; Terra, 2005; Silva, 2003).

Além do investimento em ferramentas para difusão do conhecimento, ações que envolvem programas educacionais e capacitação contínua são fundamentais na GC, o envolvimento das pessoas é primordial, pois elas constituem o principal ativo da organização e precisam ser desenvolvidas (Nonaka & Takeushi, 1997). Inúmeras iniciativas de gestão de pessoas podem ser adotadas por uma organização pública para fomentar conhecimento.

Dentre elas as narrativas que acontecem a partir de encontros da equipe multidisciplinar nos quais ocorrem relatos de pessoas que vivenciam situações referenciadas e aprendidas, essas discussões periódicas em grupo podem ocorrer presencialmente ou virtualmente (Batista, 2012). Essa prática também pode ser estimulada no âmbito de instituições hospitalares.

A empresa pública também pode estabelecer o *mentoring*, de acordo com Batista (2012, pg. 59) “o *mentoring* é uma modalidade de gestão do desempenho na qual um expert participante (mentor) modela as competências de um indivíduo ou grupo, observa e analisa o desempenho e retroalimenta a execução das atividades do indivíduo ou grupo”. Nos hospitais

os líderes podem ser incentivados a assumir esse papel frente à suas respectivas equipes em prol da prática da notificação.

Em relação ao processo de GC, os pontos cruciais levantados por Batista (2012) são a) transformação de informação em conhecimento e b) definição de ações que supram os *déficits* de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a execução de um determinado trabalho. Para o autor, o processo de gestão do conhecimento precisa ser planejado, portanto deve contemplar objetivos, metas e métodos de melhoria que devem ocorrer dentro de um determinado período. No que se refere as notificações, essas recomendações simples podem ser desenvolvidas pelo responsável pelo NSP.

A execução do planejamento envolve a aplicação dos programas educacionais definidos previamente, os gestores do conhecimento não devem deixar de verificar os resultados do modelo proposto para que ações corretivas ocorram, quando necessário. O processo de GC ocorre mediante a identificação, o armazenamento, o compartilhamento e a aplicação do conhecimento na rotina de trabalho das pessoas envolvidas na dinâmica empresarial. Essa estratégia favorece e estimula a disseminação de melhores práticas profissionais, a colaboração entre as pessoas, a aprendizagem e a inovação (Batista, 2012; Carvalho, 2012; Coelho, 2014).

O ciclo KDCA constitui o quarto elemento do modelo de GC para organizações públicas e sua aplicação visa aumentar a eficiência, a efetividade social, a legalidade e a publicidade do projeto.

O Ciclo KDCA se baseia no Ciclo PDCA de controle de processos que conta com as seguintes etapas: P, de PLAN (planejar) quando são definidas as metas de melhoria e os métodos que permitirão atingir as metas propostas; D, de DO (executar) quando são executadas as atividades de educação e treinamento; e as tarefas definidas no plano (com coleta de dados); C, de CHECK (verificar), quando se verificam os resultados da tarefa executada; e A, de ACTION (atuar corretivamente) quando a organização atua corretivamente caso as metas não tenham sido atingidas (Campos, 1992 citado por Batista, 2012 p. 65).

Em outras palavras, no ciclo KDCA, *K- knowledge* relaciona-se à elaboração do projeto de GC que deve contemplar:

a) Identificação do conhecimento atrelado à melhoria da qualidade do processo - No caso do modelo proposto na dissertação conhecimentos sobre incidentes de segurança do paciente e suas notificações.

b) Definição de metas a serem alcançadas - Essas metas podem ser vinculadas ao aumento do registro de notificações.

c) Método de criação do conhecimento - Essa etapa pode ocorrer por meio da definição de quais ações serão adotadas para a implementação do modelo de GC.

d) Elaboração do plano de captação do conhecimento - As informações podem ser extraídas de publicações da Organização Mundial da Saúde e da ANVISA/NOTIVISA.

e) Compartilhamento do conhecimento - Relaciona-se a estratégia pela qual o novo conhecimento será disseminado entre as pessoas.

D- do refere-se à execução do projeto e envolve a capacitação das pessoas envolvidas no conteúdo a ser transmitido. Neste caso, o conhecimento pode ser disseminado por meio de palestras e treinamentos. *C - check* diz respeito à verificação do projeto no que tange o alcance das metas e execução do plano de GC de acordo com o esperado. Neste sentido, é importante que o volume de notificações seja monitorado antes e depois da implementação do modelo de GC. *A - act* trata da correção, quando a meta não é alcançada ou trata do armazenamento do conhecimento, quando a meta é alcançada (Batista, 2012). Esta etapa pode ser associada ao *feedback*, pois no modelo proposto os líderes e profissionais de saúde acompanharão os resultados provenientes à aplicação do modelo.

Os resultados do modelo de GC podem ser classificados em imediatos e finais, dos resultados imediatos geram aprendizagem e inovação em todos os níveis da empresa, desencadeando aprendizagem na capacidade de realização individual ou grupal, bem como inovação na gestão pública (Batista, 2012). Espera-se que os resultados imediatos sejam alcançados nos hospitais, assim haverá inovação organizacional (Tidd & Bessant, 2015). Nesse sentido, o processo de aprendizagem é ativo, permanente e começa antes do início da execução do processo, pois ocorre em um ambiente colaborativo e as lições aprendidas tornam-se ativos de conhecimento (Eboli *et al.*, 2010).

Os resultados finais são consequências dos resultados imediatos e melhoram a eficiência, a qualidade e, em uma linguagem mais abrangente, a efetividade social (Batista, 2012). A GC e a inovação organizacional nas empresas públicas devem ser voltadas para o aumento da eficiência dos serviços prestados, pois esse setor não visa lucro como é o caso de empresas privadas (Brito, Oliveira & Castro, 2012). Espera-se que o modelo de GC proposto melhore a qualidade dos serviços prestados por meio da incorporação da prática da notificação na rotina de trabalho da equipe multiprofissional que atua nos hospitais públicos de São Paulo.

As partes interessadas constituem o último componente do modelo de GC apresentado por Batista (2012) para as organizações públicas brasileiras e é caracterizado principalmente pelo cidadão usuário e pela sociedade. Todo cidadão tem expectativas em relação ao serviço público. Seguindo essa linha de análise o modelo de gestão do conhecimento proposto neste estudo pode corroborar com as metas da WHO e da ANVISA no que tange o aumento do

registro de notificações de incidentes de segurança do paciente. Para Batista (2012) a intensidade do impacto da atuação da empresa na sociedade é muito importante para reforçar a implementação do projeto de GC neste setor.

Batista (2012) criou um modelo de GC genérico para organizações públicas. Esse modelo acompanha um manual de implementação que não foi aproveitado nesse trabalho por sua abrangência e complexidade. Associados aos sete passos para a segurança do paciente da OMS (2009), os elementos indicados por Batista (2012) inspiraram o desenvolvimento de um novo modelo de GC que visa atender uma necessidade específica de hospitais públicos no que tange o incentivo e monitoramento de notificações de incidentes de segurança do paciente. Esse modelo está detalhado na próxima sessão.

5.2 Modelo de gestão do conhecimento proposto para promover o aumento do registro de notificações de incidentes de segurança do paciente nos hospitais públicos de São Paulo

Antes da implementação desse modelo de GC, alguns elementos precisam ser definidos pelo NSP conforme se observa na Figura 6:



Figura 6: Definição de prioridades do modelo de gestão do conhecimento

De acordo com a prioridade do hospital, os responsáveis pelo NSP devem eleger o departamento ou área onde o projeto piloto do modelo de GC será implementado. Em seguida, a quantidade de pessoas envolvidas deve ser levantada para subsidiar a efetividade

do planejamento do programa educacional. Após a definição do conteúdo abordado, é importante que seja estabelecido o tipo de treinamento a ser aplicado. Existe um enorme viés entre a criação e identificação de conhecimentos estratégicos e sua aplicação na rotina operacional, isso ocorre por inúmeros fatores. No entanto, a mudança de comportamento dos líderes e da equipe deve ocorrer mediante a troca de ideias e troca de experiências que serão gradativamente incorporadas ao processo de trabalho.

A estimativa de tempo para o treinamento técnico e comportamental, bem como a periodicidade em que esse treinamento deve se repetir devem ser estabelecidos antes da implantação do modelo de GC, pois o prazo para a mensuração e análise dos resultados esperados é um importante elemento de qualquer projeto de gestão. A Figura 7 apresenta as seis dimensões do modelo de GC proposto para promover o aumento do registro de notificações de incidentes de segurança do paciente nos hospitais públicos de São Paulo.

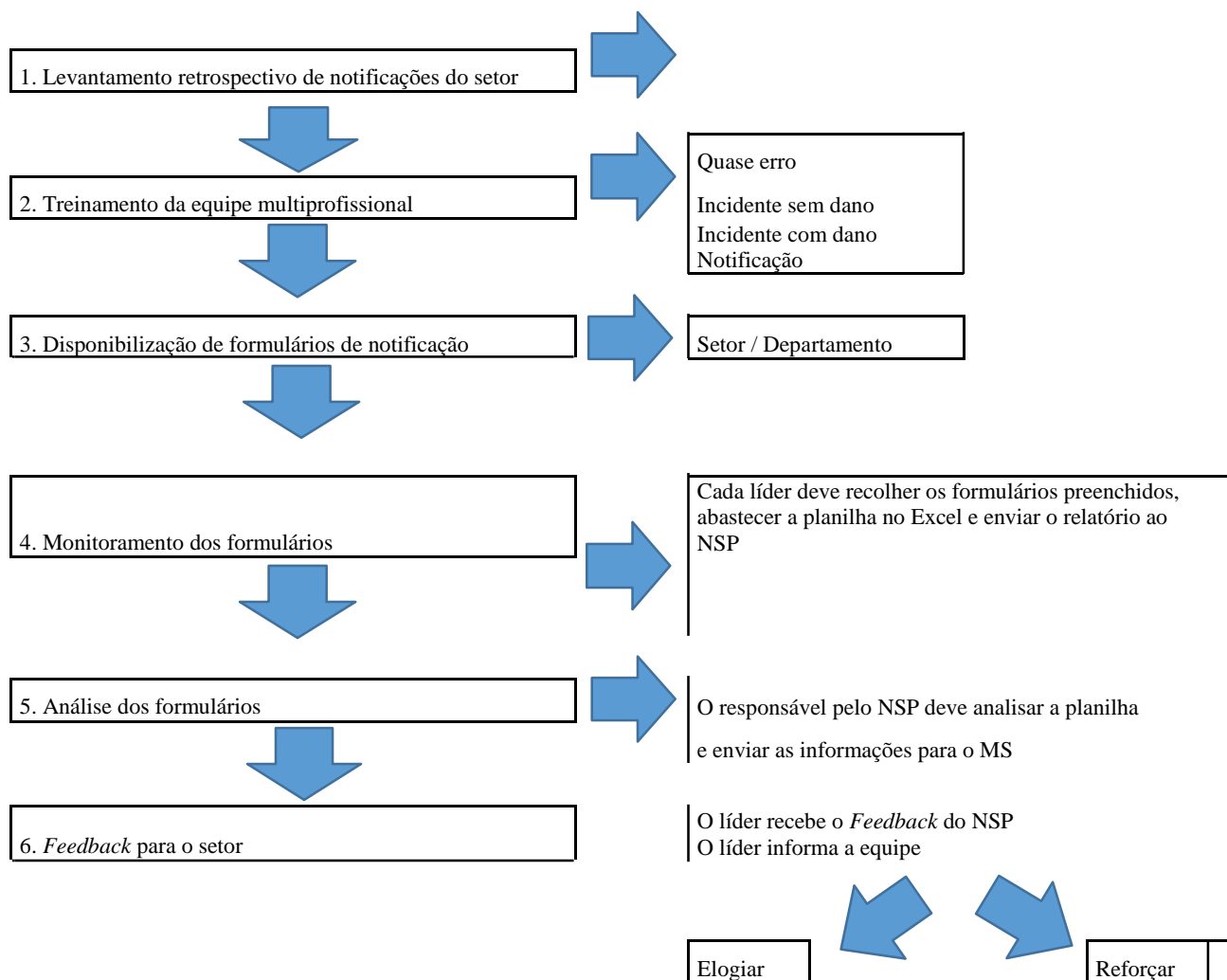


Figura 7: Modelo de gestão do conhecimento

5.2.1 Levantamento retrospectivo de notificações

A primeira etapa desse modelo de GC consiste no levantamento retrospectivo de informações sobre as notificações de incidentes de segurança do paciente que ocorreram no setor em um determinado período. Essas informações são muito importantes para que se mensure, no final do processo, se o modelo de GC se mostrou eficiente ou não no que se refere ao aumento do registro de notificações.

5.2.2 Treinamento da equipe multiprofissional

É importante que os hospitais públicos estimulem o entendimento acerca dos processos corporativos, promovam mudanças de modelos mentais ultrapassados e compartilhem conhecimentos para gerar inovação. Assim, para aumentar a eficiência, a efetividade social, a legalidade e a publicidade desse modelo de gestão do conhecimento é importante ressaltar que as pessoas precisam saber que a notificação dos incidentes de segurança do paciente culmina na melhoria da qualidade do processo na medida em que viabiliza informações importantes para a prevenção desses incidentes.

Para transformar a informação de que as notificações são importantes para a instituição e para o Sistema Nacional de Saúde em conhecimento aplicado, àquele que gera mudança no comportamento, o conhecimento sobre os incidentes de segurança do paciente e sobre as notificações deve ser multiplicado, é importante desenvolver nos membros da equipe as habilidades e as atitudes inerentes às respectivas funções. As pessoas precisam compreender que a excelência operacional não está atrelada apenas ao bom atendimento, mas também a práticas que extrapolam a assistência direta.

Para melhor eficácia do modelo de GC, o treinamento sobre notificações de incidentes de segurança do paciente deve ser incorporado à educação continuada do hospital e reforçado periodicamente pelo NSP. É imprescindível que tanto os líderes quanto os liderados participem destes treinamentos.

5.2.3 Disponibilização de formulários de notificação

Em muitos hospitais públicos da cidade de São Paulo os membros da equipe multiprofissional não têm fácil acesso ao computador enquanto estão trabalhando. Desta

forma, é importante que os formulários nos quais as notificações devem ser registradas sejam facilmente encontrados, recomenda-se que eles sejam desenvolvidos pelo NSP e apresentem proposições nas quais o indivíduo assinala com a letra X o incidente ocorrido durante a assistência. Esses formulários devem ser adaptados em conformidade com as intercorrências de cada setor, devem ser impressos e permanecer no campo de visão da equipe. Além dos formulários, é importante assegurar que haja sempre uma caneta à disposição do profissional. O líder deve ser responsável por disponibilizar os formulários. Caso o profissional não encontre formulários disponíveis, o NSP deve ser comunicado para, conseqüentemente, acionar o líder.

5.2.4 Monitoramento dos formulários de notificação

Todos os dias os líderes devem recolher os formulários preenchidos por suas respectivas equipes. Caso não haja formulário a ser recolhido, deve informar imediatamente os profissionais que estiverem de plantão sobre essa falha operacional. Há categorias profissionais em que a assistência é mais afetada por incidentes de segurança do paciente do que outras. Nestes casos, a experiência e o bom senso do NSP e do líder vão indicar se houve ou não negligência de notificação.

Uma vez por semana os líderes devem abastecer uma planilha na ferramenta “Excel”, disponível na rede do hospital, com as informações das notificações recolhidas durante o período. O NSP deve ter acesso a essa planilha e cobrar o líder quando as informações não forem atualizadas como se deve. Uma vez por mês o NSP deve compilar as informações do setor e enviá-las à NOTIVISA conforme a RDC 36/2013.

Se o hospital não dispuser de uma rede informatizada, o líder deve enviar a planilha abastecida com os dados das notificações por e-mail ao NSP. Entretanto, se o NSP constatar a não atualização das informações na planilha no período estabelecido, o líder deve ser comunicado e, em caso de recorrência, pode ser cobrado pela Diretoria do Hospital.

5.2.5 Análise dos formulários de notificação

Com as informações das notificações, o NSP pode estabelecer estratégias para prevenir os incidentes de segurança do paciente do setor onde o modelo de GC será implementado. Caso as notificações de segurança do paciente corroborem com a definição de estratégias preventivas mais eficientes, o paciente do hospital será beneficiado, pois terá um

atendimento mais seguro e não terá seu quadro de saúde agravado por erros desnecessários durante a assistência. O profissional do hospital será beneficiado, pois exercerá seu trabalho de forma mais segura e sistemática e, a sociedade também se beneficiará, pois no longo prazo haverá redução de prestação de serviços desnecessários e economia financeira com atendimentos extraordinários em decorrência de incidentes de segurança do paciente, com a economia nos cofres públicos, o governo poderá canalizar mais investimentos em outras práticas de segurança do paciente.

5.2.6 Feedback

Após compilar as informações das notificações do setor, o NSP deverá apresentar os resultados apurados no período para cada líder. Caso perceba aumento no registro de notificações, o líder deve ser elogiado e compartilhar esse elogio com a equipe. Caso o registro de notificações se mantenha estável, o líder deve ser orientado quanto aos preceitos da WHO e ANVISA no que se refere à segurança do paciente.

Em relação aos resultados, espera-se que haja mudança de comportamento no que se refere ao aumento do volume de notificações. Assim, pode-se considerar que haverá a internalização no processo de conversão do conhecimento, pois as ações esperadas terão sido incorporadas pela equipe multiprofissional. Essa perspectiva sugere mudança na cultura corporativa, portanto inovação organizacional atrelada à aprendizagem do grupo.

6 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Este modelo de GC permite o compartilhamento de informações e experiências em prol da segurança do paciente. Espera-se que após sua implementação haja aprendizagem organizacional e mudança de comportamento no que se refere à adesão de notificações de incidentes. Com o aumento do volume no registro de notificações, as informações geradas a partir delas podem ajudar no mapeamento do processo de trabalho da equipe multidisciplinar e na gestão de riscos em segurança do paciente.

O objetivo em se analisar as notificações é fazer com que danos sejam evitados durante a assistência, outra contribuição importante deste modelo de gestão do conhecimento é que ele pode mostrar para a equipe multiprofissional que se pode aprender com falhas e erros. Estima-se que os sistemas de notificação não ocorrem como devem porque as instituições de saúde evitam recolher e divulgar informações sobre erros na assistência devido

à cultura corporativa. Neste sentido, caso as orientações da proposta do modelo de gestão do conhecimento sejam seguidas, pode ser que no longo prazo haja inovação organizacional.

Apesar da particularidade de cada incidente de segurança do paciente, é possível que existam padrões em fontes de risco que podem ser observados por meio das notificações. Quando erros comuns são identificados, medidas preventivas podem ser generalizadas. Através da reflexão crítica sobre as informações encontradas nas notificações, a padronização desse conhecimento gerado em forma de documentos é um dos benefícios indiretos desse modelo. A partir do aumento no volume de notificações, esse modelo de gestão do conhecimento pode tornar possível o estudo de danos mais comuns na assistência à saúde, a compreensão da origem de suas causas e principalmente a definição de propostas específicas de solução para o problema.

É evidente a preocupação dos órgãos competentes no que tange o desenvolvimento de propostas simples e de baixo custo que estimulem os profissionais de saúde, os pacientes e os cuidadores a colaborar com a identificação dos incidentes de segurança do paciente, esse modelo pode ajudar o NSP a atender essas expectativas.

Tendo em vista que não devemos esperar passivamente que determinações governamentais sejam desenvolvidas em âmbito nacional no que se refere a práticas profissionais mais seguras durante a assistência, todos são responsáveis pela promoção da segurança do paciente. Neste sentido, devemos monitorar as notificações e delinear ações de prevenção de riscos antes que medidas legais sejam determinadas.

É sabido que o acesso à informação pode gerar conhecimento, mas a interatividade entre as pessoas é fundamental para que as informações sejam transformadas em conhecimento com significado e este repercuta em ação acertada. Para que o processo de conversão do conhecimento postulado por Nonaka e Takeuchi (1997) seja bem sucedido é importante que haja promoção de boas práticas de notificação por meio de seminários e treinamentos. Essa assertiva é contemplada em um dos elementos do modelo proposto. Os mecanismos de registro de notificações devem ser melhorados. Caso haja um sistema informatizado para este fim, a instituição poderá se beneficiar com o suporte tecnológico do sistema, caso não haja esse recurso, como é o caso do ambulatório onde o estudo de caso ocorreu, uma planilha em Excel deve ser elaborada para sistematização dos registros.

O NSP pode compartilhar as informações geradas a partir da implementação do modelo de gestão do conhecimento com a área de qualidade do hospital, essa área pode corroborar com a busca sinérgica de soluções em prol da segurança do paciente.

Após a implementação do modelo, espera-se ainda que as quatro etapas do processo de conversão do conhecimento aconteçam da seguinte forma:

- Socialização [tácito / tácito] - Deverá ocorrer mediante padrões de comportamento manifestado pelos próprios profissionais ao trocarem experiências na rotina de trabalho e na revisão do procedimento de notificar os incidentes de segurança do paciente. Nas reuniões periódicas e palestras instrutivas deve haver estímulo de narrativas e relatos de experiências para fomento do aprendizado.
- Externalização – [tácito – explícito] - Ocorrerá através da formalização do conteúdo que deve ser transmitido. O material elaborado deve ser disponibilizado para consulta e suporte para novos treinamentos. A sequência do procedimento de notificação deve ser documentada em prol do aprendizado e da auditoria.
- Combinação – [explícito – explícito] – Os documentos sobre notificação de incidentes de segurança do paciente publicados pelo MS, pela OMS e pela ANVISA devem ser combinados com o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do assunto, eles podem ser adaptados às necessidades do setor. Novos documentos devem ser gerados a partir dessa interação para futuras consultas.
- Internalização – [explícito – tácito] – Ao aplicarem o novo comportamento, no que tange a notificação de incidentes de segurança do paciente, em suas rotinas de trabalho, esse procedimento será incorporado na rotina de trabalho, e conseqüentemente será enraizado na ação e no longo prazo, repercutirá em mudança de modelos mentais e cultura corporativa.

A realidade dos hospitais públicos brasileiros ainda não permite que as notificações de incidentes de segurança do paciente sejam registradas em sistemas informatizados, pois não há computadores em quantidade suficiente para este fim. Seria importante que, em um futuro próximo, a ANVISA investisse no desenvolvimento de um aplicativo para *Smartphone* no qual as notificações fossem facilmente registradas e não precisassem passar pelo filtro e pela burocracia da instituição, este aplicativo deveria preservar a identidade do sujeito.

Para popularizar o relato voluntário os cidadãos poderiam ser orientados, através de veículos de comunicação em massa, sobre os incidentes de segurança do paciente, sobre as notificações e sobre como as notificações podem ser efetuadas eletronicamente.

7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS

Apesar da subnotificação de incidentes de segurança do paciente ser reconhecida pelos órgãos competentes de todos os continentes, o atendimento com qualidade, livre de danos, é preconizado em todo ambiente hospitalar. Diante da relevância do tema para a área da saúde e das dificuldades pautadas na literatura para o bom monitoramento de notificações, constatou-se que o desenvolvimento e a implementação de soluções para aumentar o volume desses registros podem trazer inúmeros benefícios.

A coleta de dados secundários sustentou teoricamente a elaboração de um modelo de gestão do conhecimento que pode permitir que gestores de hospitais públicos, bem como médicos e enfermeiros responsáveis pelo núcleo de segurança do paciente transformem o

conhecimento gerado a partir do aumento do registro de notificações em ações preventivas na assistência à saúde.

Assim, este trabalho apresenta como proposta um modelo de GC que pode promover o aumento do registro de notificações e pode permitir que o responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente transforme o conhecimento gerado a partir delas em ações preventivas. Esse modelo de GC foi desenvolvido com base no levantamento bibliográfico sobre segurança do paciente, incidentes de segurança do paciente, notificações, RDC nº 36/2013, gestão do conhecimento, aprendizagem organizacional, cultura organizacional e inovação organizacional. Os seis elementos para a elaboração de um modelo de GC para o setor público postulados por Batista (2012) também sustentaram teoricamente o desenvolvimento dessa proposta.

Tendo em vista que para o setor público qualquer sugestão de intervenção deve ser simples, acessível e exigir baixo investimento, o modelo de GC apresentado nessa dissertação atende essas premissas. Ele pode ser implantado em qualquer setor onde se pretenda aumentar o volume dos registros de notificação.

Em relação às fases do modelo apresentado, o levantamento retrospectivo de notificações é muito importante para que se possa mensurar a eficiência da estratégia no final do processo. É importante que o Núcleo de Segurança do Paciente se assegure de que as pessoas envolvidas no setor onde se pretende aumentar as notificações compreendem a diferença entre incidente sem dano, evento adverso e quase erro. Elas também precisam ser sensibilizadas quanto à importância da prática da notificação em suas rotinas de trabalho. Desta forma, treinamentos contínuos são recomendados para a promoção da aprendizagem organizacional.

Como na realidade brasileira muitos profissionais da saúde que prestam assistência em instituições públicas não têm fácil acesso ao computador durante o expediente, é imprescindível que com a ajuda dos líderes, o NSP disponibilize formulários de notificação por todo o setor. Para o devido monitoramento, os formulários preenchidos devem ser recolhidos pelos líderes que por sua vez, devem abastecer uma planilha em Excel para que as informações do setor sejam enviadas para o Núcleo de Segurança do Paciente e posteriormente para a ANVISA. Caso o hospital disponha de uma rede informatizada este recurso deve ser utilizado para este fim.

A partir da análise das notificações de um determinado período, junto à área de qualidade, o Núcleo de Segurança do Paciente pode desenvolver propostas que previnam a ocorrência de incidentes durante assistência, tornando-a mais segura. Em uma perspectiva

mais abrangente, ao receber e compilar as informações dos hospitais do país, os órgãos competentes podem mapear os incidentes, classifica-los e customizar ações de acordo com a necessidade de cada setor ou região.

Esse modelo de GC pode colaborar com o desenvolvimento de estratégias preventivas mais eficientes, neste sentido todos poderão se beneficiar, o paciente do hospital que terá um atendimento mais seguro, o profissional que executará o trabalho de forma sistemática e a sociedade com a redução de custos extraordinários com procedimentos causados por danos desnecessários. É importante que as pessoas envolvidas na assistência recebam *feedbacks* constantes acerca dos benefícios de seus esforços no que se refere à adesão à prática da notificação.

O material elaborado para os treinamentos deve ser disponibilizado para consulta e suporte sempre que necessário, a sequência do processo de notificação deve ser documentada em prol do aprendizado e futura auditoria. Essas ações não requerem muitos esforços, pois as publicações do Ministério da Saúde, da Organização Mundial de Saúde e da ANVISA podem ser aproveitadas e adaptadas às necessidades do setor. Desta forma, novos documentos, em versões simplificadas, podem ser gerados para consultas.

Se bem gerenciadas essas ações podem desencadear inovação organizacional a partir da incorporação do novo comportamento de notificar todos os incidentes de segurança do paciente que ocorrerem durante a assistência. A troca de experiências e a revisão do procedimento de notificar podem ser enraizadas na ação da equipe multiprofissional. Desta forma, no longo prazo a prática da notificação fará parte do conhecimento tácito dos profissionais que procederão com o registro de forma automática.

Para próximos estudos recomenda-se que o modelo de GC proposto nesta dissertação seja implementado e que os resultados sejam apresentados para que sua validade seja concretizada. No entanto, é importante que o repertório de conhecimento da equipe multiprofissional acerca de incidentes de segurança do paciente e suas respectivas notificações seja averiguado antes de qualquer iniciativa neste sentido. Recomenda-se ainda que após o treinamento contemplado no segundo passo desse modelo de gestão do conhecimento, haja uma avaliação sobre o grau de entendimento da equipe em relação ao tema abordado, só então, mediante a constatação do entendimento dos envolvidos, os passos seguintes devem ser adotados.

REFERÊNCIAS

- Adversos, E., & DE Notificación, A. D. U. I. (2010). Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 44(2), 287-94.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Segurança do paciente.
- Alvares, L., Baptista, S. G., & de Araújo Júnior, R. H. (2012). Gestão do Conhecimento. *Universidade de Brasília–Faculdade de Ciência da Informação*. Disponível em: < <http://www.alvarestech.com/lillian/Projeto/Modulo3/AreasDeIntersecao.pdf>>. Acesso em, 28/03/2015.
- Angeloni, M. T. (2003). Elementos intervenientes na tomada de decisão tomada de decisão. *Ci. Inf*, 32(1), 17-22.
- Angeloni, M. T. (2008). Organizações do conhecimento – infraestrutura, pessoas e tecnologias. Saraiva.
- Batista, F. F. (2012). Modelo de gestão do conhecimento para a administração pública brasileira: como implementar a gestão do conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão.
- Bartholomeu, D., Montiel, J. M., & Machado, A. A. (2013). Avaliação da escala Likert dos itens do CSAI-2 em atletas. *Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2)*, 17(1).
- Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde. 1(1), 1-12.
- Bohomol, E., & Ramos, L. H. (2007). Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(1), 32-36.
- Brito, L., Oliveira, P. D., & Castro, A. D. (2012). Gestão do conhecimento numa instituição pública de assistência técnica e extensão rural do Nordeste do Brasil. *Revista de Administração Pública*, 46(5), 1342-1366.
- Brito, M. J. D., & Brito, V. D. G. P. (2014). Aprendizagem nas organizações: paradigmas de análise, teoria e cultura organizacional. *Organizações & Sociedade*, 4(10).
- Campos, J. K., Figueiredo, K., & Araujo, C. A. S. (2013). Tipos de Falhas, Práticas de Recuperação e a Fidelização de Clientes de Serviços Hospitalares. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 2(2), 3-29.
- Capucho, H. C. (2011). Near miss: quase erro ou potencial evento adverso. *Rev Latino-Am Enferm*, 19(5), 1272-3.

- Capucho, H. C., Arnas, E. R., & Cassiani, S. H. B. D. (2013). Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Rev Gaucha Enferm*, 34(1), 164-72.
- Capucho, H. C., & Cassiani, S. H. D. B. (2013). Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 791-798.
- Carvalho, F.C.A. (2012). Gestão do conhecimento. Pearson.
- Carvalho, M., Maluly Filho, V., Azevedo, M., Nascimento, F., Villa, G., Machado, C. & Marinho, D. (2013). Criação de um Sistema de Notificação de Ocorrências informatizado no Hospital Quinta D'Or: Facilitando a notificação de Eventos Adversos e desdobrando as informações Creating Notification System Events computerized in Quinta D'Or Hospital: facilitating reporting of Adverse Events and deploying. In *3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente* (p. 37).
- Civil, C. (2013). Diário Oficial da União. *Brasília, DF*, 22.
- Coelho, E. M. (2014). Gestão do conhecimento como sistema de gestão para o setor público. *Revista do Serviço Público*, 55(1 e 2), 89-115.
- Coriat, B. (2001). Organizational innovation in European firms: A critical overview of the survey evidence. *The globalizing learning economy*, Oxford University Press, Oxford, New York, 195-219.
- Costa, V. T., Meirelles, B. H. S., & Erdmann, A. L. (2013). Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(5), 1165-1171.
- Cruz, J. C. S., & Alves, M. T. V. D. (2013). Capital intelectual: práticas de divulgação de informação em empresas portuguesas. *Revista Universo Contábil*, 9(2), 174-194.
- Dias, M. A. E., Martins, M., & Navarro, N. (2012). Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*, 46(4), 719-729.
- Direito Sanitário, P., & Federal, D. (2013). Ministério da Saúde.
- Eboli, M., Fischer, A. L., Moraes, F., & Amorim, W. A. C. (2010). Educação corporativa: fundamentos, evolução e implantação de projetos. *São Paulo: Atlas*.
- Faria, J. J. S. (2014). A influência do capital intelectual na capacidade inovadora de um hospital.
- Fernandes, L. G. G., Tourinho, F. S. V., Souza, N. L. & Menezes, R. M. P. (2014). Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*, 8(1), 2507-2512.
- Freitas, W. R., & Jabbour, C. J. (2011). Utilizando estudo de caso (s) como estratégia de Pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Estudo & Debate*, 18(2).

- Gallotti, R. M. D. (2003). *Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergências clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Clínica Médica. Disciplina de Emergências Clínicas).
- Gallotti, R. M. D. (2004). Eventos adversos: o que são?. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2), 114-114.
- Gil, A. C. (2009). Como elaborar projetos de pesquisa. *Atlas*.
- Hinrichsen, S. L., Oliveira, C. L. F., Campos, M., Possas, L., Sabino, G., & Vilella, T. D. A. S. (2012). Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo– piloto. *RAHIS*, 3(7), 10-17.
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. *Online readings in psychology and culture*, 2(1), 8.
- Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H., & Bates, D. W. (2013). The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ quality & safety*, 22(10), 809-815.
- Jiménez-Jiménez, D., & Sanz-Valle, R. (2011). Innovation, organizational learning, and performance. *Journal of business research*, 64(4), 408-417.
- López-Nicolás, C., & Meroño-Cerdán, Á. L. (2011). Strategic knowledge management, innovation and performance. *International journal of information management*, 31(6), 502-509.
- Luedy, A., LM Dias, M. A., & França Ribeiro, E. A. (2013). Evolução das metas internacionais em um hospital de ensino. *Revista Acreditação*, 3(5), 1-10.
- Macedo, C., Silva, T., De Luca, M. D. S., Faria, S., & Coelho, T. (2007). Gestão do conhecimento. Manual de publicação da APA / American Psychological Association. (2012). Penso.
- Marchon, S. G., & Junior, W. V. M. (2014). Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática Patient safety in primary health care: a systematic review La seguridad del paciente en la atención primaria. *Cad. Saúde Pública*, 30(9), 1-21.
- Marck P., & Cassiani S. H. B. (2005). Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. *Rev Latino-am Enfermagem*. setembro-outubro; 13(5):750-3.
- Marcondes, J. L., Ferreira, C. E., Soares, D. C. B., dos Santos, J. F., & Petranski, J. C. (2014). O modelo de excelência em gestão (meg) nas organizações de aprendizagem. *Negócios*, 1(12).
- Marconi, M. D. A., & Lakatos, E. M. (2010). Fundamentos de metodologia científica. In *Fundamentos de metodologia científica*. Atlas.

- Marin, H. F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, 2(1).
- Martins, C. C., & Waclawovsky, A. J. (2015). Problemas e Desafios Enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(1), 100-109.
- Meihami, B., & Meihami, H. (2014). Knowledge Management a way to gain a competitive advantage in firms (evidence of manufacturing companies). *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, (03), 80-91.
- Mendes, W., Travassos, C., Martins, M., & Noronha, J. D. (2005). Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev bras epidemiol*, 8(4), 393-406.
- Ministério da Saúde (MS) Segurança do paciente.
- Monken, S. F., & Moreno, R. C. B. (2015). Utilização dos alertas de controle como ferramenta para a fidelização da clientela de pediatria em um ambulatório público. *RAHIS*, 12(3).
- Motta, F. C. P.; Caldas, M. P. (2006). Cultura Organizacional e Cultura Brasileira. Atlas.
- Nascimento, C. C. P., Toffoletto, M. C., Gonçalves, L. A., Freitas, W. G., & Padilha, K. G. (2008). Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(4), 746-51.
- Neto, A. Q. (2006). Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 8(33), 153-58.
- Nogueira, R. A., & Odellius, C. C. (2014). *Revistas institucionais no processo de aprendizagem organizacional*.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1997). Criação de conhecimento na empresa. *Rio de Janeiro: Campus*.
- Norman, A. H., & Tesser, C. D. (2009). Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde Quaternary prevention in primary care: a necessity for the Brazilian Unified National Health System. *Cad. saúde pública*, 25(9), 2012-2020.
- Novaretti, M. C. Z., de Vasconcelos Santos, E., Quitério, L. M., & Daud-Gallotti, R. M. (2014). Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 692-699.
- Oliveira, S. L. D. (2002). Tratado de metodologia científica. *São Paulo: Pioneira*.
- Oliveira, R. M., Leitao, I. M. T. D. A., Silva, L. M. S. D., Figueiredo, S. V., Sampaio, R. L., & Gondim, M. M. (2014). Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Escola Anna Nery*, 18(1), 122-129.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) Segurança do paciente.

- Ortiz, R. (1986). A escola de Frankfurt e a questão da cultura. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 1(1), 43-65.
- Paiva, M. C. M. S., Paiva S. A. R., Berti, H. W. (2010). Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 44(2), 287-94.
- Paranaguá, T. T. D. B., Braga, Q. D. P., Bezerra, A. L. Q., de Camargo, B., Silva, A. E., Azevedo Filho, F. M. D., & Gomes de Sousa, M. (2014). Incidentes: instrumento de gerenciamento da assistência para a segurança do paciente em pronto socorro. *Enfermería Global*, (34), 219.
- Parro, M. C., & Évora, Y. D. M. (2011). Desenvolvimento de software para a organização da informação de um serviço de saúde ocupacional hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(3), 386-94.
- Pavão, A. L. B., Andrade, D., Mendes, W., Martins, M., & Travassos, C. (2011). Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev bras epidemiol*, 14(4), 651-61.
- Pedreira, M. L. G. (2009). Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. *Acta paul enferm*, 22, 880-1.
- Pei, N. S. (2008). Enhancing knowledge creation in organizations. *Communications of the IBIMA*, 3(2), 1-6.
- Pereira, E. N., Hotêncio, G. O , Nascimento, K. P. D. & Silva, E. F. (2014). Inteligência competitiva: o tratamento dos dados, informação e conhecimento às unidades de informação. *Múltiplos Olhares em Ciência da Informação-ISSN 2237-6658*, 3(2).
- Prahalad, C. K., & Krishnan, M. S. (2008). A nova era da inovação: impulsionando a co-criação de valor ao longo das redes globais.
- Ques, A. A. M., Montoro, C. H., & González, M. G. (2010). Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev. latino-am. enfermagem [online]*, 18(3), 339-45.
- Ramos, S., & Trindade, L. (2013). Incidentes de Segurança do Doente. Porquê Relatar?.
- Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Cienc Saude Coletiva*, 18(7), 2029-36.
- Rezende, M. (2010). *Juntando as peças liderança na prática*. Saint Paul Editora.
- Ribas, M. J. (2010). Eventos adversos em Cuidados. *Rev Port Clin Geral*, 26, 585-9.
- Robbins, S. P., Judge, T. A. & Sobral, F. (2010). Comportamento organizacional, teoria e prática no contexto brasileiro. Pearson.

- Rorty, R. (1982). *Consequences of pragmatism: Essays, 1972-1980*. U of Minnesota Press.
- Rüdiger, F. (1999). *Comunicação e teoria crítica da sociedade: Adorno e a Escola de Frankfurt*. Edipucrs.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (Vol. 2). John Wiley & Sons.
- Senge, P. M. (2014). *The fifth discipline fieldbook: Strategies and tools for building a learning organization*. Crown Business.
- Senge, P. M. (2009). *A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende*. Best Seller.
- Severino, A. J. (2014). *Metodologia do trabalho científico*. Cortez editora.
- Silva Junior, J. B., Mendes, A. D. C. G., Medeiros, K. R., Lyra, T. M., & de Melo Filho, D. A. (2000). Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. *Informe Epidemiológico do SUS*, 9(2), 67-86.
- Silva Junior, J. B., Mendes, A. D. C. G., Duarte, P. O., Lyra, T. M., de Melo Filho, D. A., & de Albuquerque, P. C. (2000). Sistema de Informações Hospitalares-Fonte Complementar na Vigilância e Monitoramento de Doenças Imunopreveníveis. *Informe Epidemiológico do SUS*, 9(2), 87-110.
- Silva, R. V. D., & Neves, A. (2003). *Gestão de empresas na era do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Sousa, A. P., & Junior, J. F. L. B. R. (2014). Cultura organizacional e ambiente criativo: elementos formadores da cultura como barreira ou estímulo á criatividade. *Veredas Favip-Revista Eletrônica de Ciências*, 7(1), 76-91.
- Sousa, P. A. Dal Sasso, G. T., & Barra, D. C. (2012). Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto Enferm*, 21(4), 971-9.
- Stefano, N. M., Casarotto Filho, N., Freitas, M. D. C. D., & Martinez, M. A. T. (2014). Gestão de ativos intangíveis: implicações e relações da gestão do conhecimento e capital intelectual. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, 4(1), 22-37.
- Stewart, T. A. (1998). *Capital intelectual: a nova vantagem competitiva das empresas* (Vol. 5). Rio de Janeiro: Campus.
- Takahashi, S., & Takahashi, V. P. (2007). *Gestão de inovação de produtos: estratégia, processo, organização e conhecimento*. Elsevier.
- Terra, J. C. C. (2005). *Gestão do conhecimento: o grande desafio empresarial*.
- Takeuchi, H., & Nonaka, I. (2008). *Gestão do conhecimento*. Bookman.

Theóphilo, C. R., & MARTINS, G. D. A. (2009). Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. *São Paulo: Atlas, 2*, 104-119.

Tidd, J., & Bessant, J. (2015). *Gestão da inovação-: Integrando Tecnologia, Mercado e Mudança Organizacional*. Bookman Editora.

Wachter, R. M. (2013). *Compreendendo a segurança do paciente*. AMGH Editora.

World Health Organization. (WHO) Patient Safety. Recuperado em 15 de outubro, 2015, de <http://www.who.int/en>

Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso-: Planejamento e Métodos*. Bookman editora.