

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

STEFANE ARRUDA MACEDO

**IMPACTO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
CULTURA DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO**

GOIÂNIA

2018

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Stefane Arruda Macedo

Título do trabalho: Impacto do núcleo de segurança do paciente na cultura de segurança em um hospital especializado


3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura da autora²

Ciente e de acordo:


Assinatura da orientadora²

Data: 07 / 11 / 2018

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

STEFANE ARRUDA MACEDO

**IMPACTO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
CULTURA DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Vigilância em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mércia Pandolfo Provin

Coorientadora: Profa. Dra. Dione Marçal Lima

GOIÂNIA

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Macedo, Stefane

Impacto do núcleo de segurança do paciente na cultura de segurança em um hospital especializado [manuscrito] / Stefane Macedo. - 2018.

122, CXXII f.

Orientador: Profa. Dra. Mércia Pandolfo Provin; co-orientador Dione Marçal Lima.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Cidade de Goiás, 2018.

Bibliografia. Anexos.

Inclui siglas, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Segurança do Paciente. 2. Cultura organizacional. 3. Pesquisa sobre Serviços de Saúde.. I. Pandolfo Provin, Mércia , orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO




UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

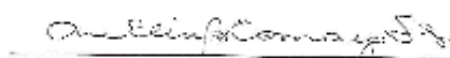


ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Aos 30 dias do mês de agosto de 2018, às 14h00m, na sala 403 do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/IPISP/UFMG – Goiânia - Go. reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Mércia Pandolfo Provin (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva (Membro Interno) e Dra. Sergiane Bisinoto Alves (Membro Externo). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa da dissertação intitulada: "Impacto do Núcleo de Segurança do Paciente na Cultura de Segurança Em Um Hospital Especializado", em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, da autoria de **Stefane Arruda Macedo**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Mércia Pandolfo Provin, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestrande. Terminada a exposição da mestrande e a fase de arguição a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata *a. aprovada* (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades da pauta, às *16:00* horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora



Profa. Dra. Mércia Pandolfo Provin
Presidente e Orientadora / UFG



Profa. Dra. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva
Membro Interno



Profa. Dra. Sergiane Bisinoto Alves
Membro Externo

*Dedico este trabalho a todos os pacientes e
familiares vítimas de eventos adversos
e da precariedade do sistema de saúde
que nos cerca.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, criador do céu e da terra, que suscita em mim diariamente perguntas incômodas que não me permitem desistir de lutar por uma assistência mais segura para aqueles que precisam.

Agradeço aos meus pais, que souberam me ensinar os limites da vida, por ter investido na minha educação e me incentivado a trilhar os caminhos do conhecimento capaz de transformar e ampliar os horizontes.

Agradeço a minha irmã Bárbara, que acompanhou minhas aflições e meu cansaço, por me ajudar a não desistir dos meus sonhos, e pelo incentivo permanente.

Agradeço a minha irmã Jéssica, por me inspirar através do exemplo de coragem e competência, não apenas no campo científico como frente às adversidades da vida.

Agradeço ao meu sobrinho Marcos William, que trouxe para a nossa família a alegria e energia que só uma criança é capaz de transmitir.

Agradeço a amiga e colega de trabalho e amiga Thais Yoshida, que enriquece a minha vida com o seu carinho e puxões de orelha.

Agradeço ao meu namorado, Felipe Jorge, por compreender minha ausência e incentivar a minha busca constante pelo aprendizado.

Agradeço aos colegas de trabalho do Serviço de Vigilância em Saúde, por compartilhar de muitas das minhas angústias e conquistas diárias e pelo apoio permanente.

Agradeço aos amigos do forró, cuja presença menos constante nos últimos meses, ainda enchem a minha vida de som e cor.

Agradeço aos colegas do mestrado, com quem pude compartilhar dificuldades e progressos ao longo desses dois anos que ficarão eternizados na memória.

Agradeço a minha orientadora Mércia Pandolfo Provin, pela paciência e compreensão demonstradas durante todo o período de preparo desta dissertação.

Agradeço a toda equipe do HDT, local em que pude aprender e me apaixonar pelo ofício que hoje exerço, e que me estimula a me tornar uma profissional melhor a cada dia;

Agradeço a todos os gestores que acreditam e também lutam por essa causa e;
Por último, mas não menos importante agradeço a todos os profissionais de enfermagem que ousaram, como eu, ser protagonistas de suas escolhas.

"Os nomes dos pacientes cujas vidas conservamos podem nunca ser conhecidos.

Nossa contribuição será o que não aconteceu com eles. E, embora sejam desconhecidos, saberemos que as mães e os pais estão em graduações e casamentos que perderiam e que os netos conhecerão os avós que nunca conheceriam, e feriados serão aproveitados e o trabalho será completado e os livros serão lidos, e as sinfonias ouvidas, e os jardins cuidados, sem o nosso trabalho, nunca teriam sido."

Donald M. Berwick, MD, MPP, Former President and CEO, Institute for Healthcare Improvement

MACEDO, SA. Impacto do núcleo de segurança do paciente na cultura de segurança em um hospital especializado. [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2018.

RESUMO

A promoção da cultura de segurança tem sido vista, atualmente, como um dos principais componentes da qualidade, e um dos pilares do movimento em prol da Segurança do Paciente (SP). Ela representa uma estratégia prevista no Plano de Segurança do Paciente (PSP), instituído por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA), que atribuiu aos Núcleos de Segurança do Paciente a responsabilidade de disseminação sistemática da cultura de segurança. Promover cultura de segurança do paciente consiste em estimular os profissionais a identificarem os riscos e fragilidades existentes no cuidado e refletir a qualidade dos serviços prestados e as possíveis estratégias para melhorias nos processos de trabalho, prevenindo assim que pacientes sejam vítimas de eventos adversos. Este estudo se propôs a demonstrar a evolução da cultura de segurança após a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), descrever o perfil profissiográfico dos profissionais de saúde da equipe assistencial e comparar a percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente antes e depois da implantação do NSP em um hospital especializado referência em doenças infectocontagiosas e dermatológicas do Centro Oeste, localizado em Goiânia-GO. Método: Tratou-se de um estudo transversal seriado, cuja coleta de dados foi realizada em duas etapas: no ano de 2013 (T0) e no ano de 2018 (Tf), utilizando como instrumento de coleta o questionário desenvolvido pelo Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Participaram deste estudo, profissionais de ambos os sexos que possuíam contato direto ou alguma interação com os pacientes, e colaboradores cujo serviço envolvia diretamente o atendimento ao paciente. Resultados: A amostra foi constituída por 266 (28,7%) profissionais em 2013 e 193 (37,5%) em 2018. Em 2013, a maior parte da amostra foi composta de enfermeiros do sexo feminino, com média de 41,1 anos de idade, trabalhando há mais de 10 anos na instituição. Em 2018, o perfil predominante dos participantes também foram mulheres de nível superior completo, porém mais jovens (26,4 anos) e com maior nível de escolaridade. Apesar de não ter sido revelada uma área de força específica, destacaram-se como áreas melhor avaliadas: percepção geral da segurança do paciente, frequência de relato de eventos, expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente, aprendizado organizacional - melhoria contínua, retorno da informação e comunicação sobre erro e apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente. Estas dimensões, que apresentaram melhores desempenhos são aquelas em que a percepção dos participantes é de que

o hospital está adotando medidas para melhorar a segurança do pacientes, e essas medidas são majoritariamente desencadeadas pelo NSP. Como áreas críticas que apresentaram piora em Tf, identificou-se: respostas não punitiva aos erros, trabalho em equipe dentro das unidades. Algumas áreas não apresentaram mudança: abertura da comunicação, adequação de profissionais, trabalho em equipe entre as unidades, passagem de plantão/turno e transferências. Conclusão: A organização não apresentou dimensão como área de força e apresentou nove das suas 12 dimensões como áreas fragilizadas, ou seja, áreas prioritárias de atenção. Existe uma urgência por iniciativas para o desenvolvimento de uma política de Recursos Humanos que invista em práticas que priorizem a estabilidade do quadro funcional, e promova a satisfação no ambiente de trabalho, a fim de reduzir o alto índice de rotatividade. Além disso, é preciso fortalecer uma cultura não punitiva, que estimule a aprendizagem organizacional e uma comunicação eficiente entre os profissionais. Apesar de ser um assunto complexo, o progresso da cultura de segurança do paciente é passível de ser alcançado, porém exige o comprometimento de todos os níveis da instituição, em especial dos gestores, que são responsáveis por promover uma cultura de segurança justa, onde os profissionais sintam-se seguros e sejam estimulados a repensar a sua forma de cuidar.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Cultura organizacional, Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

MACEDO, SA. **Impact of the Patient's Safety core on safety culture in a specialized hospital.** [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2018.

ABSTRACT

The promotion of safety culture has now been seen as one of the main components of quality and one of the pillars of the movement for patient safety. It represents a strategy foreseen in the Patient Safety (PS) Plan established through the Resolution of the Collegiate Board of Directors (RDC) nº 36/2013, by the National Agency of Sanitary Surveillance (ANVISA), which assigned Patient Safety Core (NSP) responsibility for the systemic dissemination of the safety culture. Promoting patient safety culture encourage professionals to identify the risks and weaknesses in care and reflects on the quality of services provided and possible strategies for improvements in work processes, thus preventing patients from being victims of adverse events. To demonstrate the evolution of Safety Culture after the implementation of the Patient Safety Core in a specialized hospital, describing the professional profile of the health professionals of the studied hospital and comparing the perception about PS before and after implantation of NSP in Reference Hospital in Infectious and Dermatological Diseases of the Midwest in Goiânia, State of Goiás, Brazil. Method: This was a serial cross-sectional study, whose data collection was performed in two stages: in 2013 (T0) and 2018 (Tf), when a questionnaire developed by Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) where applied. Participants in the study were professionals of both sexes who had direct contact or interaction with the patients and professionals whose work directly involves the patient care. The sample consisted of 266 (28.7%) professionals in 2013 and 193 (37.5%) in 2018. Results: In 2013, the sample group is mostly female nurses, with a mean of 41.1 years old, working for more than 10 years in the institution. In 2018, the participants' profiles were also women with superior education, but younger, 26.4 years old, and with more professional training. Although a specific strength area was not revealed, the following were the best evaluated areas: general perception of patient safety, frequency of event reporting, supervisor/ chief expectations, patient safety enhancement actions, organizational learning - continuous improvement, information feedback, error communication and hospital management support for patient safety. These dimensions, which presented the best performances, are those in which the participants' perception is that the hospital is taking measures to improve patient safety, and these measures are mostly triggered by the NSP. As critical areas that presented worsening in Tf, were identified: Non-punitive responses to errors, Teamwork within the units. Some areas did not present any change: opening of communication, adequacy of professionals, teamwork between units on duty and transfers. Conclusion: The organization did not present a dimension as a strength area and presented nine of its 12 dimensions as fragile areas, that is, priority

attention areas. There is an urgency for initiatives for the development of a human resources policy that invests in practices that prioritize the stability of the workforce, and promotes satisfaction in the work environment, in order to reduce the high rate of rotation. In addition, it is necessary to strengthen a non-punitive culture, which stimulates organizational learning and efficient communication among professionals. Although it is a complex issue, progress in a patient's safety culture is achievable, but requires commitment from all levels of the institution, especially managers, who are responsible for promoting a fair safety culture, where professionals feel safe and are encouraged to rethink the patient care.

Keywords: Patient Safety, Organizational Culture, Health Services Research

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultado mensuráveis pelo <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPSC)	60
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil profissiográfico dos profissionais de saúde da equipe assistencial do hospital de estudo nos anos de 2013 e 2018 (Continua).....	66
Tabela 2 – Percentual de respostas positivas para as dimensões da cultura de segurança no nível da unidade e seus itens componentes num hospital especializado antes e após a implantação do Núcleo Interno da Segurança do Paciente, nos anos de 2013 e 2018 respectivamente (Continua).....	71
Tabela 3 – Percentual de respostas positivas para as dimensões da cultura de segurança no nível da organização hospitalar e seus itens componentes num hospital especializado antes e após a implantação do Núcleo Interno da Segurança do Paciente, nos anos de 2013 e 2018 respectivamente.....	75
Tabela 4 – Número de eventos relatados e nota atribuída à segurança do paciente num hospital especializado antes e após a implantação do Núcleo Interno da Segurança do Paciente, nos anos de 2013 e 2018 respectivamente.....	77
Tabela 5 – Respostas positivas à percepção geral da segurança do paciente e seus itens componentes num hospital especializado antes e após a implantação do Núcleo Interno da Segurança do Paciente, nos anos de 2013 e 2018 respectivamente.....	79
Tabela 6 - Distribuição percentual média de pessoas que responderam positivamente às dimensões da cultura de segurança nos anos de 2013 e 2018.....	81
Tabela 7 – Confiabilidade do questionário HSOPSC por dimensão da cultura de segurança nos anos de 2013 e 2018.	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
CBI	Confederação da Indústria Britânica
CG	Contrato de Gestão
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CME	Central de Material e esterilização
EA	Eventos Adversos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMEA	<i>Failure Mode Effect Analysis</i>
HDT	Hospital de Doenças Tropicais
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
INSAG	Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear
IRAS	Infecções Relacionadas com a Assistência à Saúde
ISMP	<i>Institute for Safe Medication Practices</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NSP	Núcleos de Segurança do Paciente
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente

QuIC	Coordenação Interagencial de Qualidade
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RJU	Regime Jurídico Único
RH	Recursos Humanos
RIENSP	Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAQ	<i>Self Assessment Questionnaire</i>
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SOBENFEE	Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science,</i>
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Serviço de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGIPOS	Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária
WHA 55.18	<i>World Health Assembly Resolution</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	25
2.1 Geral.....	25
2.2 Específicos	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1 Percurso histórico da segurança do paciente no mundo	27
3.2 O Brasil e o movimento de Segurança do Paciente.....	33
3.3 Segurança do paciente como um componente essencial da qualidade....	37
3.4 Clima <i>versus</i> Cultura de segurança	39
3.5 O papel do Núcleo de Segurança do Paciente na promoção da cultura de segurança	46
3.6 Avaliação da cultura de Segurança.....	48
4 METODOLOGIA	55
4.1 Desenho do estudo.....	55
4.2 Descrição do local de estudo	55
4.3 População.....	56
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	56
4.3.2 Critérios de Exclusão	57
4.5 Coleta de dados	61
4.6 Análise de dados	62
4.7 Aspectos éticos	63
5 RESULTADOS	65
6 DISCUSSÃO	84
7 CONCLUSÃO	98

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
8.1 Recomendações para trabalhos futuros.....	102
8.2 Limitações do estudo.....	102
8.3 Propostas de enfrentamento do problema.....	103
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICES.....	116

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um componente importante dos cuidados de saúde, e tem se tornado um assunto imperativo (MINUZZ; SALUM; LOCKS, 2016), pois, inobstante o cuidado humano traga inúmeros benefícios, os erros, que podem levar a um evento adverso, são cada vez mais frequentes no tocante aos cuidados prestados aos pacientes (BUENO; FASSARELLA, 2011), representando um grande desafio para o aperfeiçoamento da qualidade na assistência.

O conceito de Segurança do Paciente foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “A redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável”. Neste mesmo contexto, o Evento Adverso (EA) é definido como um incidente que poderia ter resultado ou resultou em danos desnecessários a um paciente. Esta definição reconhece que os erros, as violações, e os atos deliberadamente inseguros ocorrem na área da saúde, a partir de atos não intencionais ou intencionais no contexto do cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Independente de suas causas, a cada ano, um número inaceitável de pacientes é prejudicado ou morre devido a cuidados de saúde inseguros e de baixa qualidade, sendo a maioria desses prejuízos evitáveis. Estima-se que o dano ao paciente seja a 14ª principal causa do ônus global com tratamento, o qual é comparável ao da tuberculose e/ou malária. Além disso, os cuidados inseguros resultam em um alto custo para os pacientes, suas famílias e a sociedade em geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Apesar do forte movimento atual entorno deste assunto, a busca pela segurança do paciente não é nova, e remonta ao século XIX, quando Florence Nightingale, uma enfermeira inglesa, foi trabalhar na Guerra da Criméia e, observou as condições precárias em que os soldados se encontravam, tendo descrito e implementado procedimentos que priorizavam a segurança dos pacientes no hospital militar como fator fundamental para uma boa qualidade nos cuidados prestados (BRASIL, 2013a).

Um século depois, em 1999, o *Institute of Medicine* (IOM) publicou o relatório intitulado “Errar é humano”, que divulgou amplamente que, na época, ocorriam cerca de 44 a 98 mil mortes anualmente nos Estados Unidos em decorrência de falhas na

assistência médico-hospitalar. Relata ainda que aproximadamente um milhão de pacientes norte-americanos eram vítimas de eventos adversos assistenciais, sendo mais da metade evitáveis. O relatório também demonstrou que, quando acontece um evento adverso grave, além de seu custo imensurável em perdas de vidas humanas, esses erros também resultam em custos financeiros adicionais entre US \$ 17 bilhões e US \$ 29 bilhões por ano em hospitais em todo o país, bem como causam a perda de confiança no sistema de saúde e diminuição da satisfação de pacientes e profissionais. Essa publicação nomeia o problema de “epidemia de erros médicos” (KOHN; CORRIGAN; MOLLA, 1999).

Tendo em vista a intensa repercussão midiática em torno de eventos adversos ocorridos nos últimos anos, o assunto tem sido alvo de significativos debates nas instituições, entre os profissionais de saúde, na sociedade, e entre os estudiosos. Esse movimento busca compreender e desenvolver o campo da segurança do paciente para abordar aspectos cruciais dos cuidados de saúde que foram anteriormente negligenciados (FAN et al., 2016).

No Brasil, a Segurança do Paciente passou a fazer parte da agenda política a partir da década de 80, quando a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) estabeleceu uma série de padrões de qualidade para que os serviços hospitalares recebessem o título de “acreditado”, favorecendo assim a melhoria dos cuidados prestados (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

A ação propulsora do movimento da Segurança do Paciente, no entanto, foi a publicação da Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013). No mesmo ano, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, normatizou ações para a segurança do paciente, preconizando a criação de Núcleos de Segurança do Paciente em serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, a fim de amenizar os riscos aos quais os pacientes estão expostos, contribuindo para a construção de uma cultura de segurança do paciente e promoção de um ambiente seguro (BRASIL, 2013a).

No art. 5º da portaria nº 529/13 (BRASIL, 2013b) que Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) é preconizado como uma das estratégias de implementação do programa, a promoção da cultura de segurança com foco no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos

pacientes na prevenção de incidentes, e com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual.

Implementar a cultura de segurança nas instituições de saúde é cada vez mais reconhecido como uma estratégia importante para a melhoria do *déficit* generalizado na segurança do paciente, podendo ser definida e mensurada de várias maneiras (KATZ-NAVON; NAVEH; STERN, 2005; ROTHSCHILD et al., 2005).

Essa estratégia pode ter associação direta com a diminuição dos eventos adversos e mortalidade, implicando melhorias na qualidade da assistência à saúde (NIE et al., 2013), entretanto, essas organizações são ambientes complexos, que muitas vezes possuem poucos recursos, e uma grande diversidade de pontos de partida potenciais para os esforços de melhoria.

Nessa perspectiva, as pesquisas diagnósticas de cultura são cada vez mais utilizadas (NIEVA; SORRA, 2003; PRONOVOST, 2003; FLIN, 2007), e as instituições têm sido motivadas a avaliar a cultura de segurança do seu ambiente de trabalho, visando entender o que as equipes pensam e como agem em relação à segurança do paciente (PRONOVOST, 2005).

Esse tipo de pesquisa pode fornecer informações úteis que permitem orientar iniciativas de cultura de segurança específicas, possibilitando celebrar aspectos positivos, bem como concentrar-se em áreas que podem exigir melhorias, e facilitar a adoção de práticas de segurança em longo prazo (RICE et al., 2018).

Estudos que mostram a evolução da segurança do paciente obtida ao longo dos anos pré e pós-implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) podem auxiliar na compreensão sobre a criação e manutenção da mudança cultural nos cuidados de saúde bem como as iniciativas que podem contribuir para a transformação da cultura (BRASIL, 2013b).

Resultados comparativos também permitem o acúmulo de evidências sobre a validade dessas ferramentas, além de auxiliar os NSP, por exemplo, a iniciar e sustentar mudanças nas práticas das organizações. Ou seja, os resultados dessa pesquisa podem ser úteis na transformação das práticas atuais dos NSP instituídos nas organizações, e podem ser utilizadas para iniciar um processo de mudança cultural com êxito e direcionar a implantação de NSP naquelas instituições que ainda estão no início de sua implantação (BRASIL, 2013b).

No hospital do estudo, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) foi instituído em Julho de 2013 por meio da “Portaria NSP 033-2013”, configurando-se como uma comissão, composta por profissionais da equipe multiprofissional, que decidiram como uma forma de diagnóstico, avaliar a cultura de segurança do paciente por meio da Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) (SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE-GOIÁS, 2012).

O contexto no qual o NSP foi estruturado caracterizava-se por considerável imprevisibilidade, ainda sem estrutura física, sem profissionais exclusivos e com expertise na área para o desenvolvimento das atividades, e sem processos permanentes definidos. Nos anos seguintes foi se estruturando e implantando medidas para melhoria da segurança do paciente.

Ainda no ano de sua concepção, o NSP elaborou o Plano de Segurança do Paciente, um documento que descrevia as estratégias definidas pela instituição para a gestão de risco visando à prevenção e mitigação de Incidentes ou Eventos Adversos (EA) em todas as fases de assistência ao paciente, além de promover maior consciência dos profissionais a respeito da cultura de segurança e compromisso ético. Também foi criado um canal de comunicação entre a equipe assistencial e o NSP, para que os incidentes e eventos adversos pudessem ser notificados de forma anônima.

Não se sabe, no entanto, qual foi o impacto da implantação do NSP na segurança do paciente na instituição. Deste modo, a questão que norteou essa investigação foi se a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente é uma estratégia eficaz na promoção de uma cultura de segurança favorável na instituição avaliada.

Com base nisso, e considerando a necessidade de identificar as condições e práticas atuais, pós-implantação do NSP comparando com o momento anterior à implantação, investiga-se quão efetivo pode ser um núcleo de segurança do paciente na promoção da cultura organizacional de segurança do paciente, e os impactos da implantação do NSP para a organização.

Tais comparações têm crescido em popularidade nos movimentos de melhoria da qualidade e empoderamento dos usuários, uma vez que essas informações podem ser usadas pelos consumidores de serviços de saúde que escolhem organizações

de saúde pelos esforços de análise de melhoria de qualidade e concorrência das organizações (NIEVA; SORRA, 2003).

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Demonstrar a evolução da Cultura de Segurança após a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em um hospital especializado.

2.2 Específicos

2.2.2 Descrever o perfil profissiográfico dos profissionais de saúde da equipe assistencial do hospital de estudo;

2.2.3 Descrever a percepção da cultura de segurança do paciente em um hospital especializado antes e depois da implantação do Núcleo Interno de Segurança do Paciente;

2.2.4 Verificar se a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente fortalece a cultura de segurança por meio da verificação de áreas fortes e frágeis, antes e depois da implantação do NSP.

Referencial teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Percurso histórico da segurança do paciente no mundo

Há mais de dois milênios, Hipócrates cunhou o conhecido postulado "*Primum non nocere*", que significa "Antes de tudo, não cause dano", até hoje considerado um dos princípios éticos mais lembrados na prática médica, que mais tarde veio a se tornar o juramento Hipocrático, repetido solenemente por formandos em faculdades de medicina do mundo inteiro, quando os novos profissionais se comprometem a se esforçar ao máximo para não causar mal aos seus pacientes, nem comprometer ainda mais sua situação (HARRISON, 2007).

O pai da medicina, como ainda hoje é chamado, deu vida ao pioneiro princípio da não maleficência (BEST; NEUHAUSER, 2004), e nos permite refletir que a falibilidade do profissional de saúde já era admitida desde o contexto assistencial rudimentar, nos quais os erros poderiam influenciar negativamente o desfecho do quadro dos pacientes.

Em um estudo intitulado "Heróis e mártires de qualidade e segurança", foi descrita outra figura representativa deste cenário evolutivo da segurança do paciente, o obstetra húngaro Ignaz Philipp Semmelweis (1818 – 1865), que por meio de estudos observacionais realizados em 1847, notou que as mulheres cujo parto era realizado por médicos e estudantes de medicina apresentaram uma taxa maior de mortalidade do que mulheres entregues as parteiras, levando-o a associar que as taxas mais altas de infecções estavam relacionadas ao manuseio de cadáveres durante autópsias antes de atender as mulheres grávidas, iniciando então, uma política obrigatória de lavagem das mãos no hospital Allgemeine Krankenhaus (BEST; NEUHAUSER, 2004; FEE; GAROFALO; CHANG, 2010).

Ainda no século XVIII, a enfermeira inglesa Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna em todo o mundo, aumentou sua popularidade e reputação, quando participou como voluntária na Guerra da Criméia, no hospital Scutari na Turquia, onde foi a responsável pelo mais notável projeto de melhoria da qualidade hospitalar já realizado, impressionando até mesmo a rainha da então Grã-Bretanha (NIGHTINGALE, 1863).

Após alguns anos, a enfermeira que também era conhecida como “A dama da Lâmpada”, alertando que as falhas durante o cuidado ao paciente representavam um grave problema nos hospitais, em seu livro declarou:

“Pode parecer um princípio estranho enunciar como o primeiro requisito em um hospital não causar dano ao doente. É bastante necessário, no entanto, estabelecer tal princípio, porque a mortalidade real nos hospitais, especialmente nas grandes cidades, é muito maior do que qualquer cálculo baseado na mortalidade da mesma classe de doenças entre os pacientes tratados fora dos hospitais” (NIGHTINGALE, 1863, p.4).

As recomendações descritas em seu livro “*Notes on Hospital*”, escrito em 1863, são até os dias de hoje fonte de inspiração nas práticas assistenciais de saúde pelo mundo.

Outra figura notável que fez importantes contribuições para a segurança do paciente foi o médico norte-americano chamado Ernest Amory Codman, que acompanhou sistematicamente os seus pacientes entre os anos de 1911 a 1916, e registrou 123 erros relacionados ao cuidado (KOHN; CORRIGAN; MOLA, 1999).

Esses resultados foram publicados em 1918, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, intitulado como “*Diseases of Medical Progress*”, ou “Doença do Progresso Médico”, em sua tradução literal, do qual ele foi um dos fundadores. Quando expôs os erros ocorridos durante o seu cuidado aos pacientes, Ernest reconheceu que erros deveriam ser assumidos para si mesmo e também publicamente, para que ações voltadas para a prevenção de novas ocorrências pudessem ser viabilizadas (KOHN; CORRIGAN; MOLA, 1999).

Décadas mais tarde, precisamente em 1999, a publicação do relatório “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”, pelo *Institute of Medicine of the National Academy of Sciences*, também divulgou dados alarmantes acerca dos cuidados prestados em instituições de saúde nos Estados Unidos, revelando uma estimativa de aproximadamente 98 mil mortes a cada ano no país, em decorrência de EA (KOHN; CORRIGAN; MOLA, 1999).

A publicação do relatório gerou uma preocupação sem precedentes, reforçando a necessidade de tornar a segurança do paciente uma prioridade mundial. Em poucos dias, o então presidente dos Estados Unidos, Bill Clinton solicitou que o documento fosse analisado, e seis dias depois ordenou as agências de saúde a implementação de programas dirigidos para a segurança do paciente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Em 2001, o IOM publicou o segundo e último relatório do Comitê sobre a Qualidade da Assistência à Saúde na América, intitulado “*Crossing the quality chasm*”, dessa vez abordando de forma mais ampla o modo como o sistema de prestação de cuidados de saúde pode ser projetado para inovar e melhorar os cuidados, sugerindo que uma instituição que se preocupa com a segurança do paciente deve desenvolver sistemas e processos operacionais que minimizem a probabilidade de erros e maximizem a probabilidade de interceptá-los quando ocorrem, garantindo uma assistência livre de danos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Os relatórios do IOM foram um divisor de águas para a história da segurança do paciente no mundo, e continuam produzindo frutos até os dias de hoje. Tais resultados finalmente fortaleceram a discussão sobre a temática em todo o mundo, ao defender uma cultura de segurança em que eventos adversos podem ser relatados sem que os profissionais envolvidos sejam culpados, e que quando ocorrem, erros as lições devem ser aprendidas (NIE et al., 2013).

No ano seguinte a publicação do último relatório, em maio de 2002, durante a 55ª Assembleia Mundial de Saúde, adotou-se a resolução *World Health Assembly* (WHA 55.18) ou “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, reconhecendo a necessidade de promover a segurança do paciente como um princípio fundamental de todos os sistemas de saúde e encorajando os países a se dedicarem ao máximo, e com maior urgência possível para solucionar este problema (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Desde então, muitos estados membros adotaram iniciativas dentro de seus próprios sistemas de saúde, buscando informações e apoio da organização para trabalhar o tema (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Como continuidade a esta resolução, em outubro de 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Desta

foram criadas diretrizes e estratégias para incentivar e divulgar as práticas que garantissem a segurança do paciente, cujo elemento central do trabalho consiste em seis áreas de ação:

1. A concepção de desafios globais para a Segurança do Paciente, que são formulados a cada dois anos;
2. Envolvimento de pacientes e consumidores;
3. Desenvolvimento de uma taxonomia de segurança do paciente;
4. Desenvolvimento de pesquisa no campo da segurança do paciente;
5. Soluções para reduzir os riscos dos cuidados de saúde e melhorar a sua segurança e;
6. O relato e aprendizado da melhora da segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Paralelamente, ainda em 2004, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) lançou uma campanha chamada “100.000 vidas”, convidando os hospitais a se inscreverem, e implantarem as ações recomendadas, com o objetivo de salvar a vida de 100.000 pacientes. A campanha obteve tanto sucesso, que após dois anos, o IHI lançou a campanha cinco milhões de vidas, que definiu como objetivo a redução de cinco milhões de incidentes com dano de dezembro de 2006 a dezembro de 2008 (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2006).

Ainda no biênio 2005-2006, foi lançado o primeiro desafio global, que teve como foco as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), sob o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Já o segundo desafio global para a segurança do paciente, lançado em janeiro de 2007, teve como foco os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, com o objetivo de reduzir falhas preveníveis e salvar vidas em todo o mundo, e definiu um conjunto básico de padrões de segurança que devem ser aplicados em todos os estados membros da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Em 2011, preocupada com os modelos de comportamento em saúde onde os estudantes costumam copiar seus professores e profissionais em campo de estágio,

e considerando como essa postura tem grande influência sobre como os alunos se comportarão no futuro enquanto profissionais, a OMS publicou o "*Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition*".

Esse guia visa a educação dos estudantes dos cursos da saúde, auxiliando professores e instituições de ensino a tratarem desse tema em seu dia a dia, com o principal objetivo de provocar uma mudança cultural sustentável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Isto porque esses futuros profissionais ainda estão em processo de formação e podem ser agentes de mudanças no futuro (JAMES, 2013).

No contexto da ocorrência de eventos adversos, em 2013, John James publicou no *Journal of Patient Safety* uma estimativa, desenvolvida a partir de estudos publicados de 2008 a 2011 com "*A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care*", mostrando que em média, 210 mil pessoas morreram anualmente em decorrência de falhas ocorridas nos hospitais norte americanos, ou seja, mais que dobro estimado pelo relatório "Errar é Humano" em 1999.

Os números podem ser ainda maiores, já que a ferramenta utilizada ou "*Global Trigger Tools*" não é capaz, por exemplo, de detectar erros de diagnóstico, e considerando que os prontuários não contêm toda informação do que ocorre com o paciente, esse valor pode ser falso e, na verdade, corresponder a 440 mil mortes (JAMES, 2013).

No dia 29 de março de 2017, a OMS lançou um novo desafio global para a Segurança do Paciente, que se baseia na experiência acumulada durante os desafios anteriores, e conduzirá um processo de mudança para reduzir o dano ao paciente gerado por práticas inseguras de medicação e erros de medicação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A meta é reduzir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países nos próximos cinco anos, alertando que as práticas de medicação inseguras e erros de medicação são uma das principais causas de lesões e danos evitáveis em sistemas de saúde em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Em iniciativa mais recente, a 6ª Cúpula Mundial Anual de Segurança do Paciente, Ciência e Tecnologia reuniu líderes de países, formuladores de políticas,

especialistas, redes de pacientes, ONG, sociedades civis e estados com o objetivo de revisar o escopo e magnitude dos desafios para a segurança do paciente globalmente, incluindo seu impacto econômico, a fim de criar um impulso político para a segurança global dos pacientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A Cúpula apresentou na ocasião a “*Tokyo Declaration on Patient Safety*” ou Declaração de Tóquio de segurança do paciente, que conclama os países membros a adotar práticas que reconheçam a importância da melhoria contínua da segurança e da qualidade da assistência à saúde para atingir a meta de zero mortes evitáveis até 2020 (THIRD GLOBAL MINISTERIAL SUMMIT ON PATIENT SAFETY, 2018).

O compromisso global também tem como objetivos reconhecer o impacto da segurança do paciente na redução de custos e melhoria da eficiência, e promover cultura da segurança em uma sociedade em envelhecimento, fortalecer os sistemas de saúde e alcançar a cobertura universal que também garanta a segurança do paciente sistematicamente em todos os países, inclusive países de baixa e média renda. Foi estabelecido ainda o Dia Mundial da Segurança do Paciente, que será comemorado no dia 17 de setembro de cada ano (THIRD GLOBAL MINISTERIAL SUMMIT ON PATIENT SAFETY, 2018).

Entre os participantes de 40 países estão o Ministro da saúde do Japão, o Secretário de Saúde e Assistência Social do Reino Unido, a Organização Mundial de Saúde, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Banco Mundial, a Agência para a Cooperação Internacional do Japão e a Associação Médica Mundial (THIRD GLOBAL MINISTERIAL SUMMIT ON PATIENT SAFETY, 2018).

Como podemos constatar, há muitos anos foi iniciado nos Estados Unidos, um grande movimento em prol da Segurança do Paciente, o que demonstra uma preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde que são realizados nesse país. Felizmente, esse movimento tem alcançado diversos países do mundo, por meio de iniciativas de organizações que trabalham a segurança do paciente com seriedade e conclamaram a todas as organizações de saúde do mundo a tratarem o problema da insegurança como prioridade. O Brasil é um desses países que tem empenhado esforços para a estruturação da segurança do paciente.

3.2 O Brasil e o movimento de Segurança do Paciente

Como de costume, são as comunidades mais pobres e mais desfavorecidas que mais sofrem com a falta de qualidade nos cuidados em saúde. Dois terços dos eventos adversos ocorrem em países de baixa e média renda. Eles também são os últimos a se beneficiar dos avanços da medicina, e os mais propensos a sofrer as consequências de erros médicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No Brasil, os órgãos e os serviços responsáveis por hemotransusão, pelo controle e prevenção de IRAS e pelos serviços de anestesiologia podem ser considerados pioneiros no que tangem as medidas que promovem a segurança do paciente (TRAVASSOS; CALDAS, 2013).

O programa que deu início ao movimento de segurança do paciente no Brasil foi a Rede Sentinela, criada em 2001, com o objetivo de trabalhar com gerenciamento de risco, ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde, idealizando estabelecer uma rede de parceiros que funcionasse como observatório para identificação de Eventos Adversos, desvios de qualidade e queixas técnicas relacionadas à esses produtos (BRASIL, 2014a; CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

Poucos anos depois, diante da mobilização mundial após a publicação do relatório “errar é humano”, que resultou entre outras ações, com o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004), o Brasil, se torna um dos estados signatários a instituir medidas voltadas para a segurança do paciente (BRASIL, 2014b).

Em 2006, foi sediado em Belo Horizonte o primeiro Fórum Internacional Sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação, organizado pela Associação Mineira de Farmacêuticos, em parceria com o *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP/EUA), com foco na ocorrência de eventos adversos. Esta parceria foi decisiva para a criação, em 2009, do ISMP/Brasil, entidade multiprofissional que tem promovido eventos nacionais e internacionais sobre o tema e publicado boletins, capítulos em livros e artigos sobre erros de medicação (BRASIL, 2014b).

Assim como os farmacêuticos, os enfermeiros passaram também a se organizar em entidades que visam melhorar a segurança do paciente, como a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), criada em maio de 2008,

vinculada à Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP) de iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2008).

Enquanto isso, em consonância com o primeiro desafio global, que focou nas IRAS, a OPAS/OMS passa a trabalhar este tema em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), envolvendo ações de promoção e prevenção de infecção em serviços de saúde a partir de 2007, após a assinatura da Declaração de Compromisso na Luta contra as IRAS, pelo Ministro da Saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017).

Em 22 de Julho de 2009, a portaria ministerial nº 1.660, instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPÓS), no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema tem o objetivo de monitorar, analisar e investigar os eventos adversos e queixas técnicas relacionadas aos serviços e produtos de vigilância sanitária na fase de pós-comercialização/pós-uso (BRASIL, 2009).

Por fim, em 2013, no Brasil, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria MS/GM nº 529/2013, como foco principal à qualificação do cuidado em saúde em todas as instituições de saúde brasileira, quer pública ou privada, de acordo com a primazia da 57ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, da qual o Brasil pactua (BRASIL, 2013a).

Com o objetivo de melhorar a segurança do paciente, o PNSP define como uma das estratégias a promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, evitando-se os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013b).

Três meses depois, a ANVISA, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, e torna obrigatória a criação do Núcleo de Segurança do Paciente e o desenvolvimento das ações e estratégias previstas no Programa Nacional de Segurança do Paciente em todo território nacional (BRASIL, 2013a).

Foi atribuída aos Núcleos de segurança do paciente a responsabilidade de implantar os protocolos de segurança do paciente; elaborar um plano de segurança do paciente em serviços de saúde, estabelecer estratégias e ações de gestão de risco; implementar protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; garantir a prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde; promover a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde; estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada; realizar vigilância, monitoramento e notificação de eventos adversos e disseminação sistemática da cultura de segurança entre outras atribuições (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

No ano seguinte, o Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e ANVISA publicam o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, propondo parcerias no sentido de desenvolver estratégias para a segurança do paciente, considerando quatro eixos norteadores de atuação, o estímulo a uma prática assistencial segura, o envolvimento do cidadão na sua segurança, a inclusão do tema no ensino, e o incremento de pesquisa sobre o tema, sendo a cultura de segurança do paciente um elemento que perpassa todos esses eixos (BRASIL, 2014b).

Outra estratégia proposta para construir uma prática assistencial segura, é a elaboração e implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente. O conjunto de protocolos básicos recomendados pela OMS são componentes obrigatórios para os planos de segurança do paciente dos serviços de saúde. São eles: a prática de higiene das mãos, a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, a identificação dos pacientes; a prevenção de quedas, a prevenção de úlceras por pressão, e a cirurgia segura dentre outros (BRASIL, 2013b).

Infelizmente, apesar de a literatura mostrar com consistência que protocolos bem estruturados, equipes multiprofissionais coerentes e sistematizadas são essenciais para o desfecho positivo da assistência prestada ao paciente, essas práticas nem sempre são aplicadas com efetividade (HAYNES et al., 2009).

No que concerne à ocorrência de eventos adversos no Brasil, embora a segurança do paciente seja um tema que tem sido discutido amplamente no país, há pouca produção científica que demonstre a magnitude de EA sofridos pelos pacientes nas

instituições hospitalares brasileiras, especialmente pelo fato de que a notificação desses tornou-se obrigatória apenas em 2013, com a publicação da RDC nº 36/13.

Um dos estudos nacionais mais conhecidos que retrata a incidência de EA, foi realizado a partir de uma amostra randômica de 1.103 adultos de uma população de 27.350 internados em 2003. Esse estudo revelou uma incidência de 7,6% e uma proporção geral de 66,7% de EA evitáveis. A densidade de incidência foi de 0,8 eventos adversos por 100 pacientes/dia. Segundo o estudo, 8,5% da população estudada evoluíram para o óbito, tendo ocorrido 34% em pacientes com eventos adversos e 26,6% em pacientes com eventos adversos preveníveis (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

O relatório intitulado “Erros acontecem: A força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados”, publicado em 2016 pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), aponta que a soma das estimativas de óbitos extrapoladas para o número de internações do SUS e saúde privada no Brasil em 2015, entre 104.187 a 434.112 possíveis óbitos associados a eventos adversos hospitalares por ano (MENDES et al., 2005; VICTORA et al., 2011), embora apenas 276 óbitos relacionados a Eventos Adversos tenham sido confirmados no NOTIVISA (módulo Assistência à Saúde do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA 2016).

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde e a ANVISA para alcançar os objetivos propostos pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a adesão por parte dos serviços é baixa, o que se deve a cultura voltada para a segurança do paciente ainda incipiente nas instituições de saúde (MARY; LONGO, 1996).

Com o objetivo de monitorar a implantação das determinações da RDC nº 36/2013, desde 2016, a Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS) e Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), em parceria com as Coordenações Estaduais e Distrital dos Núcleos de Segurança do Paciente do país (VISA – NSP) realizam anualmente uma avaliação das práticas do cotidiano do trabalho realizado pelos NSP.

Seu último relatório, publicado em 2017 revelou que 49,2% dos hospitais brasileiros com leitos de UTI participaram da auto avaliação das Práticas de Segurança do

Paciente, mostrando que a meta de 60% prevista no Plano Integrado da Gestão Sanitária da Segurança do Paciente não foi alcançada, embora a presença de Núcleo de Segurança do Paciente seja de 90% nessas organizações (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

No mesmo ano, a GGTES disponibilizou resultados obtidos pela análise dos dados de incidentes relacionados à assistência à saúde notificados em 2016 pelos NSP dos serviços de saúde do país, revelando que apesar do aumento de notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde, considera-se baixo o número de NSP notificantes (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017), revelando uma cultura de segurança ainda frágil nessas organizações.

3.3 Segurança do paciente como um componente essencial da qualidade

A preocupação com a qualidade de bens e serviços não é recente. Os consumidores sempre tiveram o cuidado de inspecionar os bens e serviços que recebiam em uma relação de troca. Entretanto, enquanto conceito, a qualidade é um valor cuja definição pode variar de um indivíduo para outro de acordo com as suas necessidades, experiências e expectativas (MARY; LONGO, 1996). Ou seja, “o verdadeiro critério da boa qualidade é a preferência do consumidor (...).” (DONABEDIAN, 1990).

Essa reflexão vai ao encontro das idéias de Avedis Donabedian, que no início da década de 90, estabeleceu os sete atributos dos cuidados de saúde que definem a sua qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. O autor ainda reforçou que os profissionais de saúde devem levar em consideração as preferências dos clientes, buscando conciliar o que é necessário do ponto de vista médico e do ponto de vista do paciente (DONABEDIAN, 1986).

Donabedian alerta em seu livro publicado no ano de 1986, que seria necessária uma mudança radical em como os serviços são organizados e seus colaboradores recompensados, para que os incentivos ao comportamento profissionalmente adequado sejam fortalecidos. No entanto, mesmo sob as melhores condições, o monitoramento constante deve ser mantido, pois sem ele não há como saber para onde a instituição está indo.

Para este autor, a avaliação de padrões de qualidade é importante, pois permite exercer vigilância constante para que os desvios dos padrões possam ser detectados precocemente e corrigidos (DONABEDIAN, 1986).

No que concerne aos padrões de qualidade recomendados, no final dos anos 1980, a OPAS/OMS estabeleceu uma série de padrões para os serviços hospitalares da América Latina, com o objetivo de criar mecanismos de melhoria desses serviços e obter parâmetros para promover esse aperfeiçoamento, concedendo aos hospitais que alcançarem esses padrões o título de acreditado, iniciando com isso a história da acreditação no Brasil (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

Tendo em vista a afinidade das práticas de Qualidade e Segurança do Paciente, o Ministério da Saúde criou em 1997, uma comissão nacional de especialistas com o objetivo de elaborar um modelo brasileiro de acreditação, que foi publicado no ano seguinte como “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”. Em 1999, surgiu a Organização Nacional de Acreditação (ONA), sociedade civil sem finalidade lucrativa, com as funções de coordenar o Sistema Brasileiro de Acreditação; definir sistemática de avaliação; elaborar padrões de qualidade e capacitar multiplicadores e facilitadores. No dia 29 de Maio de 2002, a Anvisa reconheceu oficialmente o Sistema Brasileiro de Acreditação por meio da Resolução nº 921\02 (BRASIL, 2002; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Para o IOM, a segurança do paciente é indistinguível da prestação de cuidados de qualidade, por isso, desde a publicação do relatório “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*”, o IOM passou a agregar a “segurança do paciente” entre os componentes essenciais de qualidade, reforçando a necessidade de assegurar que todos os pacientes recebam cuidados seguros, eficazes, centrados no paciente, oportunos, eficientes e equitativos.

A qualidade do cuidado foi definida como o grau com que os serviços de saúde, voltados os cuidados dos de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional. As instituições que conseguem progredir nessas seis dimensões conseguem atender as necessidades dos pacientes, que passarão a experimentar um tratamento mais seguro, confiável, responsivo e integrado (WEICK; SUTCLIFFE; OBSTFELD, 1999).

Frequentemente, a qualidade da assistência ao paciente e conseqüentemente a garantia da segurança durante o processo assistencial está relacionada à competência técnica do profissional da saúde (WACHTER, 2010). Por isso é necessário o aprimoramento contínuo da equipe para garantir uma assistência livre de danos, eficaz, eficiente e moderna (BUENO; FASSARELLA, 2011). Quanto mais a medicina avança, maior a probabilidade de erros, o que aumenta cada dia mais o debate de estudiosos acerca da qualidade e segurança do paciente (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Assim, considera-se que as pesquisas com foco na cultura entre os profissionais possam fundamentar ações para o replanejamento do cuidado, visando o uma assistência segura (SOUZA et al., 2015).

3.4 Clima versus Cultura de segurança

A literatura especializada está repleta de obras demonstrando terminologias diversas para os estudos sobre cultura de segurança. As mais comuns são “Cultura de Segurança” e “Clima de Segurança”. Há debates infundáveis sobre diferenças de significado entre esses dois termos. No entanto, os termos muitas vezes são usados indistintamente nas publicações (GABA et al., 2003; COLLA et al., 2005).

Durante a evolução inicial da perspectiva da cultura, a distinção entre cultura e clima foi bastante clara. Estudar a cultura exigia métodos de pesquisa qualitativos enquanto o estudo do clima organizacional exigia métodos quantitativos. Uma das interpretações é de que as literaturas sobre cultura e clima abordam um fenômeno comum: a criação e a influência de contextos sociais nas organizações (DENISON, 1996).

O clima de segurança é comumente definido como "características de superfície da cultura de segurança a partir de atitudes e percepções de indivíduos em um determinado momento" ou "os componentes mensuráveis da cultura de segurança" (HAUKELID, 2008; SOUZA; LIMA, [s.d.]; SANTIAGO; TURRINI, 2015). Outro estudo faz uma analogia da cultura e clima de segurança com a imagem de um *iceberg* (PIMENTA, 2013), pois, segundo o autor, a cultura sinaliza fenômenos que estão abaixo da superfície, ou seja, tem raízes profundas, podendo representar um grande desafio para as instituições de saúde pelo potencial de causar conseqüências

catastróficas, enquanto a ponta do *iceberg* representa o clima organizacional, cujas partes visíveis são as mais percebidas nas organizações.

Superficialmente, podemos nos referir ao clima como a situação e sua ligação com pensamentos, sentimentos e comportamentos dos membros da organização, sendo atemporal, subjetiva e frequentemente sujeita à manipulação direta por pessoas com poder e influência. A cultura, em contraste, refere-se a um contexto enraizado na história, coletivamente mantido e suficientemente complexo para resistir a muitas tentativas de manipulação direta. As duas perspectivas geraram teorias, métodos e epistemologias distintas e um conjunto distinto de descobertas e falhas (DENISON, 1996).

Outro estudo defende que o clima de segurança é um dos elementos da cultura de segurança, e sugere a adoção de uma abordagem orientada por objetivos claros para superar a confusão que envolve o conceito. Ele incentiva a utilização de métodos de medição já existentes, tendo em mente a filosofia de "*Deming*" que diz que "o que é medido é feito". A quantificação pode fornecer os meios práticos para impulsionar um salto quântico no desempenho da cultura de segurança no local de trabalho (COOPER; PHILLIPS, 2004).

Pesquisadores da cultura, do clima ou do contexto social adotam a linguagem natural que os membros da organização usam para descrever seu próprio contexto. Essa linguagem natural pode se referir à cultura, clima, contexto, ambiente de trabalho, "essa organização" ou outras formas de descrever o fenômeno aqui estudado. Uma vez que aprendam a língua local, é muito mais fácil para estudiosos e pesquisadores aplicarem seus conhecimentos (DENISON, 1996).

Em decorrência da diversidade de termos e conceitos encontrados na literatura, foi adotado para este estudo, o termo "Cultura de Segurança", que vai ao encontro da ferramenta e metodologia utilizada para a construção desse trabalho e permite avaliar as características da cultura.

O termo "cultura de segurança" foi utilizado pela primeira vez pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear (INSAG) ao publicar o relatório sobre o maior desastre nuclear da história, onde se verificaram várias falhas de segurança. O acidente ocorreu na usina nuclear de *Chernobyl*, uma cidade localizada ao norte da Ucrânia (SILVA, 2013).

O acidente gerou preocupações sobre a segurança na indústria nuclear, e foi um dos primeiros a contemplar em seu relatório, entre as causas do acidente, a cultura de segurança como um dos influenciadores para a origem do acidente, sendo considerada pela *Internacional Atomic Energy Agency* uma “cultura de segurança fraca” (PAESE; SASSO, 2013). Diante disso, foi recomendado às organizações que diminuíssem os acidentes e incidentes por meio do desenvolvimento de uma “cultura de segurança positiva” (THE INTERNATIONAL NUCLEAR SAFETY ADVISORY GROUP, 1991).

Alguns anos após o acidente, com o objetivo de estimular a discussão e promover ações práticas para aumentar a segurança nas usinas nucleares, o grupo publicou um relatório intitulado *Safety Culture*, definindo a cultura de segurança como “um conjunto de características e atitudes em organizações e indivíduos que estabelece como uma prioridade, as questões de segurança”. Enfatiza que a Cultura de Segurança é tanto atitudinal quanto estrutural, e relaciona-se a atitudes pessoais e hábitos de pensamento e ao estilo das organizações (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Posteriormente, o termo passou a ser adotado também na área de saúde, sobretudo após a publicação do primeiro relatório *To Err is Human*, do IOM (1999), que recomenda que as organizações de cuidados de saúde desenvolvam uma “cultura de segurança”, de modo que sua força de trabalho e seus processos sejam focados na melhoria da confiabilidade e segurança dos cuidados aos pacientes.

No ano seguinte, o segundo e último relatório deste instituto recomendou a discriminação dos limites clínicos tradicionais e da cultura justa, bem como a formação de uma liderança forte que estabeleça uma cultura organizacional que encoraje a comunicação de erros de modo a contribuir com a aprendizagem e prevenção de eventos adversos (WHO, 2009c).

No tocante ao conceito do termo cultura de segurança, Sorra e Nieva (2003), observando a preocupação crescente das organizações de saúde em transformar a cultura organizacional, adaptaram a definição de cultura de segurança do Comitê Consultivo da Segurança das Instalações Nucleares para o contexto da segurança do paciente nos cuidados de saúde, definindo a cultura de segurança como:

"o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas na confiança mútua, pela percepção compartilhada da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas." (SORRA; NIEVA, 2003).

A OMS também definiu o conceito de Cultura de Segurança como:

"O produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de percepção, competências e padrões de comportamento que podem sofrer influência pela profissão, ou tempo de experiência profissional, refletindo crenças, percepções e valores em relação à segurança" (WHO, 2009a).

Como podemos observar, não existe definição única para a cultura de segurança nos cuidados em saúde, mas trata-se basicamente de uma cultura em que os colaboradores têm consciência constante e ativa do potencial para a ocorrência de erros. É também uma cultura aberta e íntegra que encoraja as pessoas a falarem sobre os erros e a terem um comportamento proativo. Em organizações com uma cultura de segurança, as pessoas podem aprender sobre o que está errado e, em seguida, corrigi-lo (PRONOVOST et al., 2004).

Levando em consideração a existência de padrões de comportamentos intrínsecos à cultura estabelecida nas instituições, Westrum (2004) propõe três tipos dominantes de cultura organizacional: a cultura patológica, burocrática e geradora. Ele explica que quando o foco da alta gestão está nas necessidades e no poder pessoal, onde predomina um ambiente de baixa cooperação, as falhas são tratadas com punição e as novas idéias não são consideradas, temos uma instituição em uma fase imatura ou do tipo patológica.

Mas, se o foco está na preocupação com as regras e normas, onde existe um ambiente de cooperação modesta, cujas ações podem parar na fronteira do departamento, porque o que está além dele "não é minha preocupação", temos uma cultura em sua fase intermediária, chamada burocrática. Por último, no tipo geradora, as pessoas tendem a ser proativas em levar as informações às pessoas certas no momento certo, compartilhando os riscos, ouvindo e implementando idéias

novas. Quando algo dá errado, a organização geradora tenta descobrir os problemas básicos do sistema e não procurar culpados (WESTRUM, 2004).

Segundo Pronovost et al (2017), uma crença comum nas organizações de saúde considera que os profissionais de saúde são os únicos responsáveis pela segurança do paciente, e que seus comportamentos devem ser os principais alvos da mudança. No entanto, as evidências mostram que não importa o quanto um indivíduo trabalhe para manter os pacientes seguros, os sistemas de saúde pobres poderão derrotá-los.

Westrum (2004), defende que a cultura em uma instituição de saúde é moldada pelas preocupações e prioridades da alta gestão, uma vez que essas prioridades são absorvidas pelos colaboradores da ponta, que trabalham com elas em mente. Assim, os hábitos das lideranças, manterão a equipe concentrada e coordenada ou não (IOM, 2001).

Esse modelo proposto por Westrum (1988), foi adaptado por Hudson (2003), para um modelo de cinco etapas de maturidade de cultura:

1) Patológica: a segurança é um problema causado pelos trabalhadores, onde os principais impulsionadores são os negócios e a preocupação de não ser pego por agentes reguladores; 2) Reativa: as organizações começam a levar a segurança a sério, mas as ações são reativas e acontecem apenas após os incidentes; 3) Calculada: segurança é conduzida por sistemas de gerenciamento, com muita coleta de dados. A segurança ainda é impulsionada principalmente pela administração e imposta, em vez de buscada pelos profissionais; 4) Proativa: o envolvimento dos profissionais começam a ter atitudes proativas em relação a segurança do paciente, e a abordagem deixa de ser de cima para baixo; 5) Participativa: há participação ativa em todos os níveis. A segurança é percebida como uma parte inerente do negócio (HUDSON, 2003).

Para a OMS (2009a), a cultura de segurança é constituída por três componentes: uma cultura justa, onde há o consenso entre as pessoas no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; uma cultura de notificação de incidentes, que privilegia a informação (incluindo coleta, análise e divulgação sobre informações

referentes à notificação de eventos adversos e *near misses*¹⁾ e encoraja as pessoas a falarem sobre os seus erros e a notificá-los; e, por fim, uma cultura de aprendizagem, uma vez que a organização constituiu uma memória de eventos passados, esta pode direcionar o aprendizado a partir dos mesmos.

Já o Ministério da Saúde (2013), retrata a Cultura de Segurança a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

Cultura pela qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança e pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;

Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;

Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;

Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013b).

A Confederação da Indústria Britânica (CBI) sugere que os melhores programas de segurança em saúde envolvem todos os níveis da organização, promovendo uma cultura que reduz acidentes para trabalhadores e que fazem parte do modo de vida da organização, onde todos ganham (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2004).

A organização também define como cultura pobre aquela onde provavelmente há uma comunicação fraca, e que não incentiva o comportamento seguro, mas que em vez disso, incentiva o comportamento inseguro culpando os colaboradores quando algo der errado, desestimulando a sua participação em decorrência da pouca confiança e credibilidade (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2004).

Organizações com característica hierarquizada, com autoritarismo de um grupo preponderante e divisão de grupos por importância, também estão menos propensas a progressos na cultura (NEIVA; TORRES, 2007).

¹*Near miss* é definido como um incidente que, por algum motivo, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e poderia ou não causar danos (WHO, 2009a).

Por outro lado, em uma organização com cultura positiva, os colaboradores realmente fazem o que dizem, e trabalham em conjunto com o objetivo de reduzir erros e violações, sendo geralmente descrita em termos de "confiança", "valores" e "atitudes" (HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE, 2004).

Outra característica de uma cultura de segurança positiva é a transparência. Os pacientes também precisam ser participantes integrais no processo. Por exemplo, quando um paciente sabe exatamente quais medicamentos foram receitados e se sente à vontade para se comunicar com médicos e enfermeiras podem perceber quando uma medicação errada está prestes a ser administrada ou quando a dose está fora dos limites e interceptar ou prevenir o erro (LEAPE, 2009).

É imprescindível ter em mente que toda atividade envolve um equilíbrio entre eficiência e segurança. A pressão ou o incentivo para que os prestadores de serviços da saúde tenham como prioridade a produção, e não a segurança é um importante fator causador de acidentes catastróficos em vários segmentos de atividades. Além disso, a pressão também os induz a violações e desvios de condutas consideradas necessárias para manter a prática segura (GABA; STEVEN; JUMP, 1994)

Em um artigo escrito em 1983, pelo médico Neil McIntyre e pelo filósofo Karl Popper, os autores defenderam que erros na área da saúde deveriam ser registrados e analisados de forma a se descobrir porque eles ocorriam e como deveriam ser evitados. Mais do que isso, solicitavam uma mudança de postura frente aos erros, argumentando que:

“Aprender apenas a partir dos próprios erros seria um processo lento e doloroso, e desnecessariamente oneroso para os pacientes. Experiências deveriam ser disseminadas para que outros profissionais pudessem aprender com os erros de outros. Isso requer a disposição de admitir um erro e discutir fatores que possam ter sido responsáveis. Isso convida a uma atitude crítica para com seu próprio trabalho e com o de outros.” (HOFMANN, 2006).

Embora no senso comum seja considerado que a ocorrência de erro esteja atrelada única e exclusivamente à competência profissional, estudos mostram que aspectos

da cultura organizacional têm um profundo efeito para a segurança do paciente (NIE et al., 2013).

É por essa razão que o conceito de cultura de segurança tem recebido larga atenção, pois os sistemas de gestão funcionarão melhor em organizações que tenham desenvolvido uma maturidade dessa cultura (MANZO, 2009).

Kizer (1999), afirma que melhorias na segurança do paciente são alcançadas quando as organizações de prestação de cuidados de saúde adotam uma cultura de segurança. A busca pela segurança do paciente nas organizações de saúde enquanto processo cultural promove maior consciência dos profissionais, compromisso ético no gerenciamento de risco com consequente aquisição de segurança para si e para a clientela atendida, suprimindo a lacuna existente no aspecto da segurança do paciente (ASPDEN et al., 2004).

3.5 O papel do Núcleo de Segurança do Paciente na promoção da cultura de segurança

O progresso da cultura de segurança do paciente é um assunto complexo, mas possível de ser alcançado. Para isso, é de extrema importância que todos os profissionais, e não só aqueles vinculados diretamente ao NSP, independente de sua posição estejam comprometidos, e compreendam que são responsáveis por alguma contribuição, e que ninguém pode agir de maneira complacente esperando que os outros ajam (HALE, 2003).

Apesar do cenário desafiador onde ocorrem os cuidados em saúde, o primeiro passo em direção a uma assistência segura está sendo dado por meio das legislações brasileiras que exigem a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente em cada estabelecimento de saúde do Brasil (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2015).

Considerando as regulamentações internacionais e nacionais, que fortalecem o papel dos Núcleos de Segurança do Paciente como instância fomentadora de prevenção e mitigação de EA nos serviços de saúde, a implantação dos NSP favorecem condutas proativas por parte dos profissionais, conscientizando para a necessidade de mudanças no sistema organizacional, que é reflexo de uma cultura de segurança positiva.

Segundo a RDC nº 36/2013, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é a instância do serviço de saúde criada para promover e sustentar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente e apoiar a alta gestão na condução das ações de melhoria da qualidade dos cuidados, garantindo a adoção dos princípios da melhoria contínua dos processos assistenciais e boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

O “Manual de Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente”, publicado em 2016 pela ANVISA, destacou o papel dos NSP no apoio a construção de uma cultura de segurança que incentive os profissionais a compartilhar informações livremente, evitando acusações, mas preservando o aspecto da responsabilidade pessoal, e recomenda a avaliação da cultura de segurança (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016).

Neste sentido, dentre as responsabilidades que lhe cabem, a notificação compulsória dos eventos adversos é apontada como uma atividade essencial para a sustentação da cultura de segurança, pois quando realizada de forma imparcial, com foco nos processos, permite o aprendizado coletivo (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

Também de forma pró-ativa, o NSP deve ser o responsável pelo diagnóstico, priorização e gestão dos riscos conforme a especificidade do serviço de saúde, contribuindo para o fortalecimento do sistema e tornando mais seguro o cuidado em saúde, e mais favorável à cultura. Sua implantação consiste em um processo dinâmico, contínuo e crucial para a boa governança dos serviços de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016).

Sendo o responsável pelo Gerenciamento de Riscos, O NSP deve também ser responsável por realizar o diagnóstico de cultura de segurança, pois seus resultados permitem conhecer o terreno onde se pretende semear, contendo esforços a medida que prioriza ações voltadas para as áreas fragilizadas, e se beneficia das fortalezas encontradas.

Do ponto de vista prático, o NSP tem caráter articulador por estar vinculado a áreas como Controle de Infecção, Qualidade, Departamento de Ensino e Pesquisa, Farmácia Hospitalar e Serviço de Enfermagem, além de comissões hospitalares como Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos; Comitê

Transfusional; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras, interpondo-se em diversos processos, podendo assim instrumentalizar a tomada de decisão institucional.

A implantação do NSP trás consigo outros benefícios importantes, como por exemplo a economia decorrente da redução de gastos desnecessários relacionados a eventos adversos, diminuição do tempo de internação com conseqüente melhoria do giro do leito, diminuição de problemas judiciais provenientes de erros dos profissionais de saúde, o que melhora seriamente a reputação da instituição (SILVA et al., 2017a).

Ademais, por se tratar de norma sanitária, a não estruturação do NSP pelas organizações de saúde pode suscitar as penalizações previstas em lei, como, por exemplo, a não obtenção do alvará sanitário (BRASIL, 2013a; COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Independente de quem serão os atores envolvidos no processo de desenvolvimento da segurança do paciente, é preciso ter em mente que a cultura de segurança precisa estar internalizada em todos os profissionais, e deve ser uma filosofia incorporada nas rotinas diárias da equipe. Para que isso aconteça, é necessário que os profissionais de saúde repensem a sua forma de cuidar (FIDELIS, 2011).

Diante disso, a medição da cultura de segurança do paciente, tem sido considerada uma prioridade nos países desenvolvidos (PRONOVOST, 2005).

3.6 Avaliação da cultura de Segurança

O primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança efetiva em uma organização de saúde é avaliar a cultura corrente (WESTAT; SORRA; NIEVA, 2004).

Os hospitais que buscam melhorar a segurança do paciente precisam saber mais sobre as opiniões de seus colaboradores em relação à cultura de segurança (ROBB; SEDDON, 2010). Além disso, a avaliação da cultura de segurança tem um efeito corolário, ou seja, pretendido ou não, aumenta a consciência sobre o papel da cultura na promoção de um ambiente mais seguro para os pacientes (SORRA; NIEVA, 2004).

Apesar do aumento da utilização de questionários para a avaliação da cultura de segurança nas instituições de saúde, aplicar questionários e avaliar a cultura não é suficiente para melhorar a cultura de segurança de uma organização (HUANG et al., 2007). Para alcançar uma cultura de segurança positiva, se faz necessária a implantação de intervenções visando uma ou mais dimensões da cultura de segurança de cada vez. Provonost (2005) sugeriu, que o primeiro passo desse processo deve ser avaliar o *status* atual, normalmente realizado por meio de pesquisas.

Ou seja, é necessário implantar um processo contínuo de medir, melhorar e avaliar a cultura de segurança, identificando os pontos fortes e fracos, implementando intervenções e avaliando a cultura de segurança (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Normalmente, a cultura de segurança do paciente em organizações de saúde é avaliada por meio de questionários quantitativos com base em combinações das dimensões existentes. Neste contexto, questionários que avaliam cultura de segurança estão sendo cada vez mais utilizados em organizações de saúde (FLIN et al., 2006) por conseguinte, vários instrumentos foram desenvolvidos.

Em 2005, foi realizado um estudo das propriedades psicométricas de 4 ferramentas de pesquisa disponíveis, considerando o número de dimensões, quantidade de perguntas, e confiabilidade, que indicou que não há instrumento melhor ou pior, pois todos eles têm pontos fortes e fracos. Portanto, as organizações que pretendem avaliar cultura de segurança precisam selecionar o instrumento mais apropriado de acordo com os seus propósitos (FLEMING, 2005).

Após análise de alguns desses instrumentos, concluiu-se que o questionário intitulado "*Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*" desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, um dos mais utilizados mundialmente (COLLA et al., 2005; FLIN et al., 2006; JACKSON; SARAC; FLIN, 2010), reuniu um maior número de critérios psicométricos específicos, os quais apresentaram resultados adequados para as análises (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012).

Outros estudos avaliaram a confiabilidade e a validade preditiva do questionário HSOPSC, e do *Self Assessment Questionnaire (SAQ)*, outro questionário amplamente utilizado no mundo. Concluíram que as dimensões do SAQ e HSOPSC

apresentaram níveis de confiabilidade adequados e ambos apresentaram validade preditiva similar. Os autores observaram que apesar de mais longo, o questionário HSOPSC permite uma comparação mais fácil dos resultados, além de medir muitas outras dimensões em relação ao SAQ (LEE et al., 2010; NGUYEN et al., 2015; ETCHEGARAY; THOMAS, 2012).

A pesquisa hospitalar sobre cultura de segurança do paciente (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*) foi desenvolvida e patrocinada pela Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) e um grupo de trabalho de Erros Médicos da Força-Tarefa de Coordenação Interagencial de Qualidade (QuIC), podendo ser usada segundo o guia do usuário (2016), para aumentar a conscientização da equipe sobre a segurança do paciente, avaliar o estado atual da cultura de segurança do paciente, identificar pontos fortes e áreas para a melhoria da cultura, examinar as tendências em mudança de cultura ao longo do tempo, avaliar o impacto cultural das iniciativas e intervenções de segurança do paciente e realizar comparações dentro e entre organizações de saúde (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2016).

Esse instrumento é considerado um instrumento válido, e após rigoroso processo de tradução transcultural e validação, foi considerado consistente e confiável (REIS, 2013).

O guia do usuário do HSOPSC indica que um valor alfa de Cronbach igual ou maior que 0,6 é aceitável (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2016). Outro estudo afirma que ainda que valores menores são esperados ao usar construções psicológicas devido a diversidade dos itens que estão sendo medidos no questionário HSOPSC (EL-JARDALI et al., 2014).

Apesar da variedade de instrumentos disponíveis para avaliação de cultura de segurança em serviços de saúde (HANDLER et al., 2006), desconhece-se a existência de outros estudos publicados acerca da validação de questionários para avaliar cultura de segurança no contexto hospitalar brasileiro (REIS, 2013). Outro instrumento produzido pela AHRQ, intitulado “Medical Office Survey on Patient Safety” também foi traduzido e adaptado para o português, entretanto, não é aplicável ao contexto hospitalar, mas sim na Atenção Primária (TIMM; RODRIGUES, 2016).

Entre os anos de 2006 e 2016, 21 países com diferentes contextos culturais conduziram estudos utilizando a HSOPSC para coletar dados sobre cultura de segurança, e concluíram que as avaliações mostraram-se eficientes e aplicáveis aos diversos objetivos dos estudos e altamente úteis e constituem uma base de conhecimento para a tomada de ações específicas de melhoria (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018).

O questionário foi escolhido por ser um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da cultura de segurança em diversos países (MINUZZ; SALUM; LOCKS, 2016) além de sua praticidade e possibilidade de rápido preenchimento. Seus resultados podem ainda ser associados aos indicadores de segurança do paciente existentes na instituição estudada.

As pesquisas quantitativas sobre cultura de segurança do paciente possuem custos reduzidos em relação as abordagens qualitativas (FLIN et al., 2006) entretanto, elas não permitem capturar os aspectos mais profundos da cultura, por isso, é recomendada a utilização de outras informações relacionadas a segurança do paciente para uma análise mais robusta e que permita uma visão mais abrangente (NIEVA; SORRA, 2003), como por exemplo relatórios de notificações, indicadores de adesão a diretrizes de protocolos de segurança instituídos, entre outros.

Esse tipo de avaliação é útil para diagnosticar o nível de cultura de segurança na organização, acompanhar a evolução das intervenções de segurança do paciente e da cultura de segurança ao longo do tempo, implementar o plano de ação e iniciar as mudanças, além de identificar quais são as ações realizadas que são capazes de moldar a cultura de segurança do paciente (GULDENMUND, 2007).

Entretanto, para que haja êxito nas avaliações que utilizam um questionário como instrumento dessa coleta de dados, a taxa de resposta deve ser elevada. Desta forma, os resultados fornecerão informações sobre a percepção das fraquezas e fortalezas da cultura da organização como um todo, bem como dentro de departamentos ou serviços, unidades de trabalho e grupos de profissionais (HUANG et al., 2007).

Outros estudos (PRONOVOST, 2005; MCCARTHY; BLUMENTHAL, 2006) corroboram com a afirmação de Huang et al (2007) propondo as seguintes etapas para melhorar a confiabilidade das pesquisas: (1) avaliar a cultura de segurança; (2)

proporcionar educação científica em segurança; (3) identificar preocupações de segurança; (4) estabelecer parcerias de liderança com as unidades; (5) aprender com um defeito de segurança por mês; e (6) reavaliar a cultura.

Em todos os casos, as organizações devem ser cautelosas, pois uma pesquisa mal implementada pode prejudicar a cultura, caso ações para melhorar as áreas frágeis identificadas não sejam implementadas em tempo hábil, pois demonstrará uma falta de compromisso de liderança (FLEMING, 2005).

Embora as organizações de saúde estejam vivenciando um contexto de estímulo à cultura de segurança, ainda não há estudos sobre a evolução da cultura de segurança nas organizações de saúde ao longo dos anos, ou sobre o impacto que um núcleo de segurança do paciente pode causar nessa cultura, principalmente no cenário atual em que os estabelecimentos de saúde possuem diferentes arranjos organizacionais

É sabido que importantes mudanças culturais não acontecem com facilidade nem rapidez, e não há um consenso sobre quanto tempo leva para se ter evidências de mudança nas percepções da cultura de segurança. O *Institute of Medicine* (2004) estima que possa levar até cinco anos para desenvolver uma cultura de segurança que seja sentida por toda a organização (ASPDEN et al., 2004), outro estudo sugere que intervenções organizacionais podem ser um passo para a mudança na cultura, que ocorrerá dentro de um período de tempo superior a 4 anos (NEIVA; TORRES, 2007).

De qualquer modo, os responsáveis pelas mudanças de cultura devem desenvolver um know-how necessário para que sejam evitados traumas gerados por elas (COELHO JUNIOR, 2003).

Este estudo poderá contribuir para a compreensão da percepção dos colaboradores da instituição acerca da cultura de segurança e seus possíveis fatores contribuintes no contexto de uma instituição que vem experimentando mudanças importantes ao longo dos anos, permitindo que novos estudos sejam desenvolvidos abordando aspectos relacionados à gestão institucional, vínculo de trabalho, arranjo organizacional, bem como permitirá comparações futuras com diferentes tipos de instituições.

Identificar as áreas fortalecidas e fragilizadas pode instrumentalizar os gestores das organizações para que possíveis intervenções de melhoria sejam viabilizadas para melhorar a segurança do paciente, e alcançar os objetivos das instituições de saúde, podendo também ser uma oportunidade de dar visibilidade aos núcleos de segurança do paciente e propiciar investimentos para intervenções nas áreas que se mostrarem desprovidas de atenção.

Acerca da produção científica brasileira sobre a cultura de segurança do paciente, pode-se constatar que as produções nacionais oferecem um resultado a médio e longo prazos. Além disso, o quantitativo reduzido de estudos acerca da cultura de segurança do paciente reforça a necessidade de realização e publicação de outras pesquisas que contribuam com o planejamento de ações que busquem promover uma cultura de segurança positiva e refletir cuidados de saúde com qualidade e segurança (SILVA et al., 2017b).

Espera-se que este estudo sensibilize os gestores na definição de estratégias que possam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados nas organizações de saúde. Contudo, embora a gestão tenha um papel fundamental no desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva, as organizações de saúde não devem tentar resolver os seus problemas de segurança do paciente sozinhas.

É preciso unir os esforços organizacionais para obter resultados coletivos e resolver muitos tipos de problemas de segurança (DIXON-WOODS; PRONOVOST, 2016).

Os Núcleos de Segurança do Paciente podem ser a ponte entre as organizações para intermediar e criar abordagens integradas e holísticas para melhorar as práticas de segurança do paciente (PRONOVOST et al., 2017).

Esta avaliação permite identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança nas rotinas e condições de trabalho, acessar informações dos colaboradores a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, identificando pontos fracos e fortes de sua cultura e as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções (WESTAT; SORRA; NIEVA, 2004).

Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo transversal seriado nos anos de 2013 e 2018, cuja amostra de cada etapa foi composta de uma mesma população selecionada em amostras independentes nos dois anos de estudo.

4.2 Descrição do local de estudo

A instituição selecionada para a coleta de dados é um hospital que integra o SUS como Unidade Especializada de Referência Nacional, de nível terciário, situado na região Centro-Oeste do Brasil. É uma instituição de saúde de médio porte, que possui 111 leitos de internação, sendo 16 leitos de isolamento, e é referência no estado de Goiás para doenças infecciosas e dermatológicas, sentinela para síndrome neurológica com infecção prévia e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e certificado como Unidade Sentinela contra o vírus Influenza por representantes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), para integrar o Sistema Nacional de Vigilância da Influenza.

A instituição é também um hospital escola e possui programa de residência médica nas áreas de dermatologia, infectologia e infecto-pediatria, residência multiprofissional e também é campo de internato e prática para acadêmicos do curso de enfermagem e técnico em enfermagem.

Quanto aos serviços prestados pelo hospital, são realizados em média 3.233 atendimentos ambulatoriais mensais distribuídos nas especialidades de fisiologia, ginecologia, dermatologia, infectologia, pneumologia, psiquiatria, pediatria, neurologia, neurocirurgia, nefrologia, gastrologia, hematologia, gastroenterologia, e uma média de 193 internações mensais.

O Setor de Urgência/Emergência é caracterizado por atender demandas já reguladas pelas diversas unidades de saúde da região e funciona como porta aberta para portadores de HIV/AIDS, com uma média de 147 atendimentos mensais.

O arranjo organizacional é de administração pelo modelo de Organização Social desde 28 de junho de 2012, por meio de contrato de Gestão firmado entre a Secretaria Estadual da Saúde e a entidade. Possui selo de acreditação (nível 2) da

Organização Nacional de Acreditação (ONA), desde o ano de 2014, que tem como premissa a existência de processos que procuram garantir a segurança do paciente.

Na perspectiva de atender a Portaria do MS nº 529/2013 do MS e RDC nº 36/2013 da ANVISA, foram instituídos em Junho de 2013 o Núcleo Interno de Segurança do Paciente.

O NSP está estruturado como uma comissão formada por equipe multiprofissional, com coordenação exclusiva para o direcionamento das ações de segurança do paciente na instituição e subordinada diretamente ao Serviço de Vigilância em Saúde (SVS), atuando em parceria com o setor de Auditoria Clínica e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

O principal objetivo do NSP é instituir medidas preventivas para minimizar os riscos envolvidos no processo assistencial (clínicos e não clínicos) com vistas à melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente e institucional e liderar a análise de eventos graves e catastróficos. O NSP também é responsável por monitorar a ocorrência de EAs institucionais, gerenciar seus indicadores, e fortalecer a Cultura de Segurança.

Durante os quatro anos de atuação, foram executadas diversas ações estratégicas em diferentes instâncias e setores da instituição, como a articulação e a integração dos processos de gestão de risco, acompanhamento de boas práticas da equipe multiprofissional, implantação de protocolos, ações de treinamento com os colaboradores, ciclos de melhoria contínua dos processos de cuidado, construção da Matriz FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) junto com os coordenadores dos setores, ações de sensibilização e educativas lideradas pelos gestores setoriais e organizadas pelos próprios profissionais da assistência e áreas, a fim de trabalhar os principais protocolos de segurança instituídos no hospital, ações de responsabilização coletiva em substituição a individual frente às falhas de processos por meio de discussões em grupo ou em comissões.

4.3 População

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos todos profissionais de saúde de ambos os sexos que têm contato

direto ou interação com os pacientes (como enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, nutricionistas, farmacêuticos, biomédicos e transfusionistas, médicos e residentes), e também os colaboradores que podem não ter contato direto ou interação com pacientes, mas cujo trabalho envolve diretamente o atendimento ao paciente (controle de infecção hospitalar, técnicos de farmácia, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Departamento de Ensino e Pesquisa, entre outros), que estavam em exercício profissional durante o período da coleta de dados.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os profissionais que não estavam desenvolvendo suas atividades laborais no período da coleta de dados por motivos de licença médica, licença maternidade ou férias, e colaboradores que retornaram a pesquisa, mas não preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também foram excluídos questionários que retornaram sem nenhuma seção inteira respondida, com menos da metade dos itens respondidos e aquelas em que todos os itens foram preenchidos com a mesma resposta.

4.4 Variáveis

Nesse estudo foi utilizado o questionário para avaliação da cultura de segurança: *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS), elaborado pela *Agency for Health Care Research and Quality* (SORRA; NIEVA, 2004), traduzido e validado para o Brasil (REIS, 2013) (ANEXO A).

Antes da tabulação, para selecionar os questionários válidos para esta pesquisa, considerando as recomendações da AHRQ, foi realizada uma revisão de todos os questionários, a fim de eliminar aqueles cuja resposta fosse à mesma em todos os itens, uma vez que o questionário possui itens reversos nas seções, o que impossibilitaria tal resultado. Também foram excluídos os questionários com menos de uma seção inteira da pesquisa, e menos de metade dos itens ao longo de todo o questionário (em diferentes seções) respondidos. Respostas em branco em menor quantidade são aceitas, pois o instrumento sugere que caso algum item não se aplique ao contexto do participante, ele poderá se abster de respondê-lo. Os dados

perdidos, chamados nessa pesquisa de “o informados”, são esperados e fazem parte do planejamento da pesquisa devido ao seu delineamento, portanto, eles não foram analisados (SORRA; NIEVA, 2004). Em cada pergunta, o participante deve selecionar apenas um item que corresponda a resposta correta.

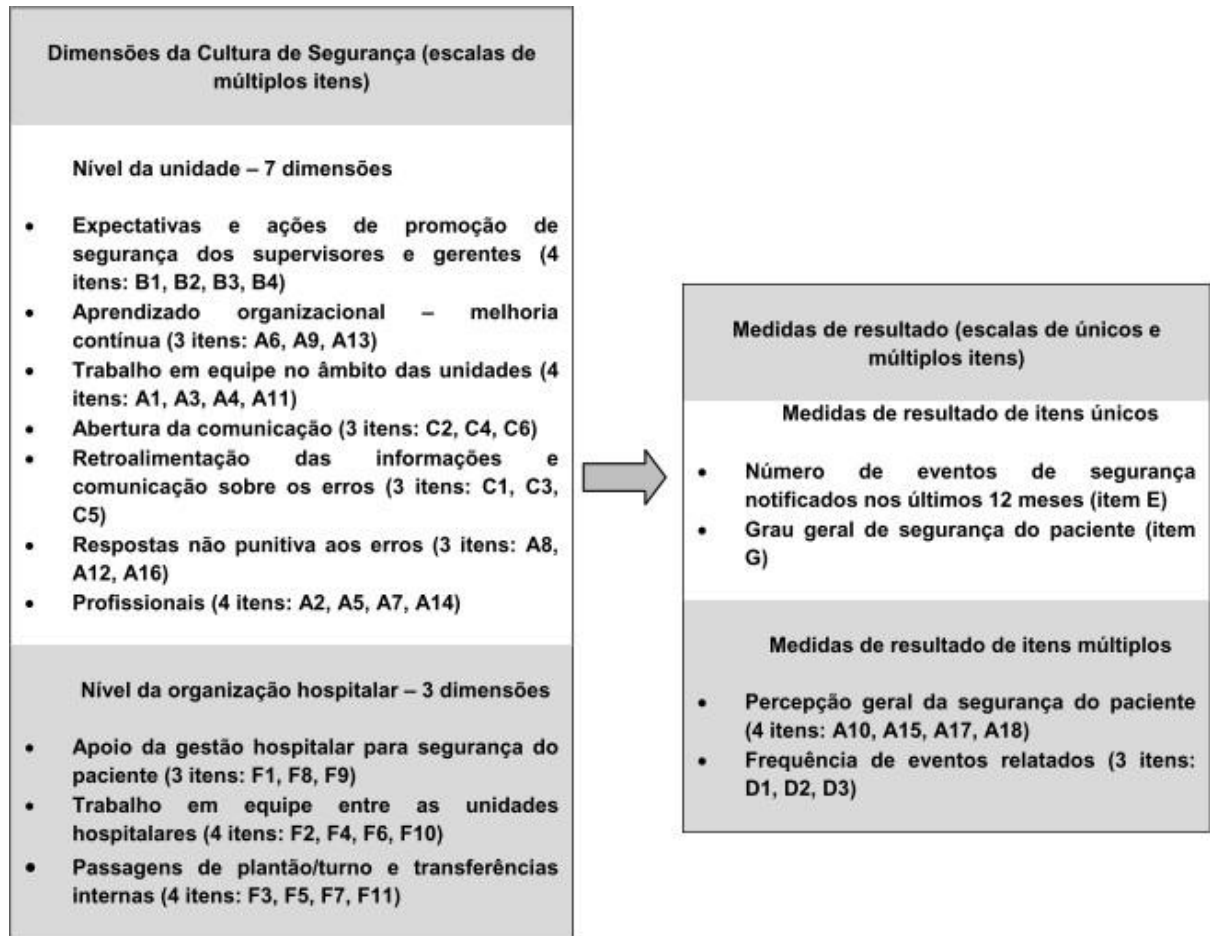
O instrumento de pesquisa abrange 12 dimensões ou fatores da cultura de segurança, são elas:

- 1. Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente:** avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos colaboradores para melhorar a segurança do paciente e reconhece a sua participação para procedimentos de melhoria da segurança do paciente (4 itens: B1, B2, B3 e B4);
- 2. Aprendizado organizacional e melhoria contínua:** avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e avalia a efetividade das mudanças ocorridas (3 itens: A6, A9 e A13);
- 3. Trabalho em equipe dentro das unidades:** define se os colaboradores apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe (4 itens: A1, A3, A4 e A11);
- 4. Abertura da comunicação:** avalia se os colaboradores do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os colaboradores com maior autoridade (3 itens: C2, C4 e C6);
- 5. Retorno das informações e da comunicação sobre erro:** avalia a percepção dos colaboradores no hospital se eles notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro (3 itens: C1, C3 e C5);
- 6. Respostas não punitiva aos erros:** avalia como os colaboradores se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e inseridos em suas fichas funcionais (3 itens: A8, A12 e A16);
- 7. Adequação de profissionais:** avalia se os colaboradores são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer um atendimento de qualidade aos pacientes (4 itens: A2, A5, A7 e A14);

- 8. Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente:** avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária (3 itens: F1, F8, F9);
- 9. Trabalho em equipe entre as unidades:** avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes (4 itens: F2, F4, F6, F10);
- 10. Passagens de plantão/turno e transferências internas:** avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida por meio das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno (4 itens: F3, F5, F7, F11);
- 11. Percepção geral da segurança do paciente:** avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais (4 itens: A10, A15, A17, A18) e;
- 12. Frequência de eventos notificados:** relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente (3 itens: D1, D2, D3).

A figura 1 resume as dimensões da cultura de segurança e as variáveis de resultado mensuráveis pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).

Figura 1 – Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultado mensuráveis pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*.



Fonte: REIS, 2013.

Essas dimensões são compostas por variáveis contendo 50 itens, sendo que 44 deles estão relacionados a questões específicas de segurança e seis relacionados a informações demográficas e profissiográficas.

A maior parte das respostas é do tipo escala de cinco pontos (*Likert-scale*). Nas seções A, B e F, em uma escala com cinco opções de respostas refletindo a taxa de concordância: de “discordo totalmente” (1), Discordo (2), Não concordo nem discordo (categoria neutra) (3), concordo (4) e “concordo totalmente” (5).

De modo semelhante, as opções de respostas das seções C e D, também em uma escala *Likert* contendo cinco opções de respostas: Nunca (1), Raramente (2), As vezes (3), Quase sempre (4) e Sempre (5).

As respostas positivas são aquelas em que foram selecionadas a opção 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) nas perguntas formuladas negativamente. As respostas neutras são aquelas em que foram selecionadas a opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta. Respostas negativas referem-se às respostas que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) nas sentenças formuladas negativamente (SORRA; NIEVA, 2004).

As sentenças formuladas negativamente foram: Seção A: 5/8/10/12/14/16/17; Seção B: 3/4; Seção C: 6; Seção F: 2/3/5/6/7/9/11.

Na primeira variável de resultado, na seção E, o instrumento solicita uma nota global da segurança do paciente, a qual variou entre: “Excelente” (A), “Muito boa” (B), “Regular” (C), “Ruim” (D) e “Muito Ruim” (E).

Na segunda variável de resultado, na seção G, que questiona o número de eventos relatados nos últimos 12 meses, o resultado variou entre: “nenhum” (a), “1-2 eventos” (b), “3-5 eventos” (c), “6 a 10 eventos” (d), “11 a 20 eventos” (e) e “21 ou mais” (f).

Quanto aos seis itens relacionados a informações profissiográficas dos participantes, elas estão distribuídas em duas seções (A e H).

4.5 Coleta de dados

Em outubro de 2013, momento que antecedeu a implantação do NSP no hospital (T0) número de profissionais do hospital era de 1.028. Entre os 926 profissionais elegíveis, 72 se recusaram a participar, 65 estavam afastados de suas atividades laborais, 193 não foram localizados durante o período da pesquisa após 2 tentativas. Portanto, foram entregues 596 cópias do questionário em envelopes brancos sem identificação, para serem respondidos no ambiente de trabalho.

Os profissionais tiveram o prazo de 18 dias para responderem, sendo que 266 devolveram os questionários, correspondendo a uma taxa de retorno de 44,6%,

representando um tamanho amostral de 28,7%. No ato da devolução dos questionários, os envelopes foram lacrados junto com os TCLE, depositados em uma urna e abertos pela própria pesquisadora em local reservado, apenas no momento da compilação de dados.

Esse procedimento se repetiu em 2018 (Tf), após cinco anos da implantação do NSP no hospital. O número de profissionais do hospital nesse período foi de 672. Entre os 514 profissionais elegíveis, 47 se recusaram a participar, 49 estavam afastados de suas atividades laborais e 172 não foram localizados durante o período da pesquisa, após duas tentativas. A coleta de dados em Tf ocorreu em março de 2018, utilizando o mesmo processo da 1ª coleta (T0), assim 249 cópias do questionário foram entregues pessoalmente aos profissionais participantes em seus turnos de trabalho. Destes, 193 questionários retornaram representando uma taxa de retorno de 77,5%, e um tamanho amostral de 37,5%.

O Guia do Usuário para a Pesquisa Hospitalar da AHRQ sobre Cultura de Segurança do Paciente, recomenda que quanto maior a amostra, mais provável será que os resultados representem adequadamente a população da instituição, e sugere que a amostra seja composta de pelo menos 50% da população que se deseja pesquisar, esperando que o retorno seja de 30% a 50% da amostra (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2016).

4.6 Análise de dados

Os dados foram analisados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 22 para *Windows*. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis para cada ano analisado. Idade (variável quantitativa) foi apresentada como média e desvio-padrão (DP). As demais variáveis qualitativas foram expressas como frequência absoluta (n) e relativa.

Para verificar diferenças nas características profissiográficas e os aspectos relacionados à cultura de segurança entre os anos foram utilizadas duas abordagens estatísticas. O teste de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fischer foi utilizado para comparar as proporções das variáveis qualitativas e o teste *T-student* para comparar as variáveis quantitativas.

O tamanho do efeito da diferença estatística da proporção de respostas positivas e demais variáveis qualitativas entre os anos foi analisado pelo V de Cramér (V). O efeito foi classificado como pequeno (V= 0,10 a 0,20), médio (V= 0,21 a 0,60) e grande (V= 0,61 a 1,0), usando como referência os valores sugeridos por Rea e Parker (1992).

O tamanho do efeito da diferença das médias das respostas positivas entre cada dimensão entre os anos foi analisado pelo Cohen'd. Este foi classificado como insignificante ($d < 0,19$), pequeno ($d = 0,20$ a $0,49$), médio ($d = 0,50$ a $0,79$) e grande ($d \geq 0,80$) com base nos valores de referência sugeridos por Cohen (1988). Ou seja, quanto mais próximo de 0 for o p-valor, maior a probabilidade de significância.

Cada item das dimensões avaliadas pode apresentar um percentual de respostas positivas, negativas e neutras. São considerados pontos frágeis aqueles com percentual de 50% ou menos de respostas positivas, e são considerados pontos fortes aqueles itens com percentual igual ou maior que 75% de respostas positivas.

O cálculo das respostas reversas foi realizado transformando a variável qualitativa ordinal que varia de 1 a 5, em qualitativa nominal, 0 ou 1, em que 0 representa a cultura negativa e 1 representa a cultura positiva. A partir dessa escala é feito o cálculo da positividade. Tendo construído a variável, cada pergunta virou 0 ou 1 para cada participante, fez-se o teste do qui-quadrado de Pearson ou exato de Fischer para comparar a proporção de positividade ao item, utilizando-se a seguinte fórmula:

A porcentagem de respostas positivas da dimensão $X = (\text{número de respostas positivas aos itens da dimensão } X / \text{número total de respostas válidas aos itens da dimensão } X)$ (SORRA; NIEVA, 2004).

4.7 Aspectos éticos

Esse estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 2.537.800, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do MS, que dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

5 RESULTADOS

Em relação ao perfil profissiográfico dos profissionais participantes, verificou-se que no período inicial da implantação do NSP, houve predominância do sexo feminino, com média de 41,1 anos de idade, e com nível superior completo. Em T_f o perfil dos participantes também foram mulheres de nível superior completo, porém mais jovens (26,4 anos) e com maior formação profissional, pois 49,2% dos profissionais de nível superior possuíam algum tipo de pós-graduação em comparação com 25,9% observada na primeira etapa da coleta (Tabela 1).

Em T_0 , 60,9% dos colaboradores pesquisados trabalhavam há mais de seis anos na instituição, sendo 41% na área/departamento atual, com uma carga horaria semanal de até 39 horas (72%). Já em T_f , o percentual de profissionais que trabalhavam há mais de seis anos na instituição caiu para 19,2%, onde apenas 20,8% trabalham na área atual há mais de seis anos, e menor percentual de profissionais com carga horaria semanal de até 39 horas (62,4%).

Do total de profissionais participantes em T_0 , 29,4% eram enfermeiros, com experiência entre seis e dez anos na profissão/especialidade (31%), atuando na clínica não cirúrgica (34,2%), tendo informado possuir contato direto com os pacientes (82,4%). Em T_f , a maior parte dos respondentes foram técnicos em enfermagem (23,9%), com experiência na profissão entre 1 a 6 anos e atuando na clínica não cirúrgica (34,2%), referindo contato direto com os pacientes (78,1%).

Tabela 1 – Perfil profissiográfico dos profissionais de saúde da equipe assistencial do hospital de estudo nos anos de 2013 e 2018 (Continua).

Variáveis	2013		2018		Valor-p
	n (266)	%	n (193)	%	
Sexo					
Feminino	174	75,7	154	83,7	0,045*
Masculino	56	24,3	30	16,3	
SI:45					
Grau de instrução					
Primeiro grau completo	-	-	1	0,5	<0,001**
Ensino médio incompleto	-	-	1	0,5	
Ensino médio completo	52	21,8	33	18	
Ensino superior incompleto	24	10	17	9,3	
Ensino superior completo	101	42,3	41	22,4	
Especialização	49	20,5	81	44,3	
Mestrado ou Doutorado	13	5,4	9	4,9	
SI:37					
Tempo de serviço hospitalar (em anos)					
<1	36	14,5	47	26,4	<0,001*
1-5	61	24,6	95	53,4	
6-10	63	25,4	14	7,9	
11-15	51	20,6	10	5,6	
16-20	24	9,7	4	2,2	
>21	13	5,2	8	4,5	
SI:33					
Tempo de trabalho na área (em anos)					
<1	56	21,2	51	28,7	<0,001**
1-5	99	37,5	90	50,6	
6-10	59	22,3	18	10,1	
11-15	19	7,2	13	7,3	
16-20	24	9,1	3	1,7	
≥21	7	2,7	3	1,7	
SI: 17					
Tempo trabalhado na especialidade/ profissão (anos)					
<1	4	1,6	1	0,6	0,021*
1-5	57	22,6	63	38,9	
6-10	78	31,0	43	26,5	
11-15	42	16,7	22	13,6	
16-20	25	9,9	12	7,4	
>21	46	18,3	21	13	

Tabela 1 – Perfil profissiográfico dos profissionais de saúde da equipe assistencial do hospital de estudo nos anos de 2013 e 2018 (Continua).

Variáveis	2013		2018		Valor-p
	n (266)	%	n (193)	%	
Tempo trabalhado na especialidade/ profissão (anos) (continuação)					
SI: 45					
Horas trabalhadas (por semana)					
<20	2	0,8	9	5,1	<0,001**
20-39	190	72	102	57,3	
40-59	70	26,5	44	24,7	
>60	2	0,8	23	12,9	
SI: 17					
Área/unidade					
Clínica não cirúrgica	91	34,2	55	29,4	0,041**
Emergência	41	15,4	27	14,4	
Outras***	36	13,5	12	6,4	
Laboratório	26	9,8	4	2,1	
CTI	23	8,6	21	11,2	
Cirurgia	14	5,3	6	3,2	
Farmácia	13	4,9	30	16	
Pediatria	9	3,4	13	7	
Reabilitação	7	2,6	9	4,8	
Psiquiatria/Saúde mental	6	2,3	7	3,7	
SI: 6					
Função/cargo					
Medico do corpo clínico/medico assistente	39	14,9	40	22,2	<0,001*
Medico residente/medico em treinamento	1	0,4	14	7,8	
Enfermeiro	77	29,4	22	12,2	
Técnico de Enfermagem	76	29	43	23,9	
Médico	39	14,9	20	22,2	
Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)	29	11,1	28	15,6	
Farmacêutico/ Biomédico	16	6,1	11	6,1	
Nutricionista	11	4,2	6	3,3	
Fisioterapeuta/Terapeuta Respiratório/ Terapeuta Ocupacional ou	7	2,7	9	5	
Fonoaudiólogo					
Psicólogo	6	2,3	7	3,9	

Tabela 1 – Perfil profissiográfico dos profissionais de saúde da equipe assistencial do hospital de estudo nos anos de 2013 e 2018 (Conclusão).

Variáveis	2013		2018		Valor-p
	n (266)	%	n (193)	%	
Função/cargo (continuação)					
Residentes (médicos e multiprofissionais)	1	0,4	14	7,8	
SI: 17					
Contato com o paciente					
Com contato direto	206	82,4	139	78,1	0,266*
Sem contato direto	44	17,6	39	21,9	
SI: 31					

FONTE: Elaborada pela Autora, 2018. Abreviações: SI: Sem informação; CTI: Centro de Terapia Intensiva; *Teste de qui-quadrado de *Pearson*; **Teste exato de *Fischer*; ***Outras: Nutrição, SCIH, NHVE, CME, Agência Transfusional, Ambulatório e Serviço Social.

De maneira geral foi observado um aumento das respostas positivas em 2018 em relação ao ano de 2013, indicando uma melhora na percepção dos colaboradores quanto à cultura de segurança do paciente em 54,1% dos itens apresentados (Tabela 2). No entanto, 16,6% dos itens apresentaram uma piora e 25% mantiveram-se estáveis, na segunda avaliação.

Foi percebido um aumento das respostas positivas a cultura de segurança do paciente no ano de 2018 em todos os itens da dimensão “Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”, apenas para o item B1, o aumento proporcional não foi considerado significativo (valor-p < 0,153).

No componente B2 “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança” houve um aumento de 47,7% para 69,4%, de 2013 para 2018 de profissionais que concordaram que suas sugestões para a melhoria da segurança do paciente são levadas em consideração pelo supervisor/chefe, tendo esta diferença um efeito médio (Cramer’s V= 0,216; p-valor).

O item B3, “Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas”, que em 2013 era considerado uma área fraca com 46,5% de respostas positivas em 2013, mostra uma melhora no ano de 2018 no qual as respostas positivas subiram para 59,6% (Cramer’s V = 0,229; p-valor < 0,001).

No componente B4 “Meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente” se revela área forte com relação a essa dimensão da cultura de segurança. Em 2013 as respostas positivas ao item foram de 51,9%, enquanto em 2018, esse percentual subiu para 77,2%. (Cramer’s V = 0,258; p-valor < 0,001).

A dimensão “Aprendizado organizacional – melhoria continua”, apresentou resultados com maior positividade em 2018 em relação a 2013, quando todos os componentes foram considerados áreas frágeis.

O item A6 “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” revela área fortalecida desta dimensão da cultura de segurança. Em 2013, a área foi considerada enfraquecida, quando apenas 44,4% dos profissionais concordaram com a afirmação. Já em 2018, 78,2% dos profissionais responderam positivamente ao item.

No item A9 “Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui”, foi verificado que em 2013, 39,8% dos participantes responderam positivamente a afirmação, tendo sido considerada uma área frágil na instituição. Em 2018, esse percentual subiu para 58,5%.

No item A13 “Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade” também pode ser percebida uma melhora no ano de 2018, quando 60,6% dos profissionais responderam positivamente ao item, enquanto em 2013, apenas 35,7% concordaram com a afirmação.

Os percentuais de respostas positivas aos itens A1 e A3 não revelaram áreas fortes ou frágeis, e não se observou mudanças nos períodos estudados.

O item A4 “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito” revela uma área forte nos dois anos avaliados.

O item A11 “Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam” era considerada uma área neutra em 2013 com 59,4% de respostas positivas, e em 2018 se revela uma área frágil com a redução do percentual de respostas positivas em relação ao ano de 2013.

Os percentuais de respostas positivas revelaram áreas frágeis nos itens C4 e C6 com relação a essa dimensão da cultura de segurança que não apresentaram mudanças no decorrer do período estudado.

Apesar dos percentuais de respostas positivas na dimensão “Retorno da informação e comunicação sobre erro” no ano de 2018 terem sido mais altos em todos os itens em relação a 2013, não se pode dizer que ela seja uma dimensão fortalecida. Apesar da melhora, continuou sendo uma área frágil.

O baixo percentual de respostas positivas em 2013 e 2018 aos itens A8 e A12 revelaram áreas frágeis que suscitam melhorias nesta dimensão da cultura de segurança, indicando insegurança por parte dos profissionais em notificar incidentes por medo de punições.

Na dimensão: “Adequação de profissionais” Os baixos percentuais de respostas positivas aos itens A2, A5, A7 e A14 revelaram áreas frágeis com relação a essa dimensão da cultura de segurança tanto no ano de 2013 quanto em 2018.

Apesar de alguns itens apresentarem uma evolução negativa, o conjunto de dados mostrou que houve um fortalecimento na cultura de segurança dos pacientes, pois, na totalidade dos itens que apresentaram alguma mudança, houve um aumento dos itens com resposta positiva superior a 75% e uma redução dos itens com respostas negativas para inferiores a 50%.

Tabela 2 – Percentual de respostas positivas para as dimensões da cultura de segurança no nível da unidade e seus itens componentes num hospital especializado antes e após a implantação do Núcleo Interno da Segurança do Paciente, nos anos de 2013 e 2018 respectivamente (Continua).

Dimensões e itens componentes	% de respostas positivas		V de Cramér	p-valor*
	2013 (n = 266)	2018 (n = 193)		
1 Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente				
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	46,6	53,4	0,067	0,153
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente.	47,7	69,4	0,216	< 0,001
B3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	46,5	59,6	0,229	< 0,001
B4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	51,9	77,2	0,258	< 0,001
2 Aprendizado organizacional – melhoria contínua				
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	44,4	78,2	0,340	< 0,001
A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	39,8	58,5	0,185	< 0,001
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	35,7	60,6	0,247	< 0,001
3 Trabalho em equipe dentro das unidades				
A1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	65,0	65,8	0,008	0,865
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	72,6	64,2	0,089	0,057
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	79,7	77,2	0,030	0,519
A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	59,4	40,4	0,187	< 0,001

Tabela 2 – Percentual de respostas positivas para as dimensões da cultura de segurança no nível da unidade e seus itens componentes num hospital especializado antes e após a implantação do Núcleo Interno da Segurança do Paciente, nos anos de 2013 e 2018 respectivamente (Continua).

Dimensões e itens componentes	% de respostas positivas		V de Cramér	p-valor*
	2013 (n = 266)	2018 (n = 193)		
4 Comunicação aberta				
C2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	56,8	64,2	0,075	0,106
C4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	32,7	29,0	0,039	0,399
C6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	38,3	36,3	0,021	0,650
5 Retorno da informação e comunicação sobre erro				
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	30,5	40,4	0,103	0,027
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	30,1	38,4	0,086	0,064
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	44,4	56,5	0,120	0,010
6 Resposta não punitiva ao erro				
A8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.	27,4	16,1	0,134	0,004
A12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	32,0	30,1	0,020	0,664
A16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.	24,4	16,1	0,102	0,029
7 Adequação de profissionais				
A2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho.	16,5	15,5	0,013	0,774

Tabela 2 – Percentual de respostas positivas para as dimensões da cultura de segurança no nível da unidade e seus itens componentes num hospital especializado antes e após a implantação do Núcleo Interno da Segurança do Paciente, nos anos de 2013 e 2018 respectivamente (Conclusão).

Dimensões e itens componentes	% de respostas positivas		V de Cramér	p-valor*
	2013 (n = 266)	2018 (n = 193)		
7 Adequação de profissionais (continuação)				
A5. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	19,2	35,8	0,186	< 0,001
A7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	39,8	20,7	0,203	< 0,001
A14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido.	9,4	25,4	0,215	< 0,001

FONTE: Elaborada pela Autora, 2018. *Teste de qui-quadrado de Pearson.

Na dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, observou-se melhora em todos os itens em 2018 (Tabela 3).

O item F9, apesar de representar uma área frágil, quase dobrou, e possuiu um médio poder de efeito. Esse resultado não demonstrou ainda uma área de força, mas expressou uma melhoria em relação a 2013, apontando um maior envolvimento da gestão do hospital com as questões de segurança do paciente, embora o poder de efeito das diferenças dos itens F1 e F8 encontrados foram de força pequena.

Nas dimensões “Trabalho em equipe entre unidades” e “passagem de plantão/turno e transferências” não houve diferença no período estudado. Os baixos percentuais de respostas positivas aos itens F3, F5, F7 e F11 revelaram áreas frágeis que precisam de intervenções (Tabela 2).

Tabela 3 – Percentual de respostas positivas para as dimensões da cultura de segurança no nível da organização hospitalar e seus itens componentes num hospital especializado antes e após a implantação do Núcleo Interno da Segurança do Paciente, nos anos de 2013 e 2018 respectivamente.

Dimensões e itens componentes	% de respostas positivas		V de Cramér	p-valor*
	2013 (n=266)	2018 (n=193)		
1. Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente				
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	44,0	59,9	0,108	0,021
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.	41,7	52,3	0,105	0,031
F9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	16,2	37,8	0,246	< 0,001
2. Trabalho em equipe entre unidades				
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam	47,0	48,7	0,017	0,717
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o	44,4	50,3	0,058	0,211
F2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	41,7	40,4	0,013	0,778
F6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.	50,0	51,8	0,018	0,701
3. Passagem de plantão/turno e transferências				
F3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é	24,4	27,5	0,034	0,464
F5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do	32,3	36,8	0,056	0,320
F7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as	22,6	29,0	0,073	0,116
F11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas	48,1	52,8	0,047	0,317

FONTE: Elaborada pela Autora, 2018. *Teste de qui-quadrado de *Pearson*.

Conforme apresentado na Tabela 4, quando questionados sobre a quantidade de EA relatados nos últimos 12 meses, 78,6% dos participantes em 2013 relataram a não ocorrência de EA. No ano de 2018, esse percentual diminuiu 62,7%, um percentual ainda considerado alto, sugerindo subnotificação. Em contrapartida, o percentual de profissionais que notificaram acima de três EA nos últimos 12 meses dobrou em 2018, tendo subido de 7,9% para 16,6%.

A percepção sobre a segurança do paciente melhorou entre os anos de 2013 e 2018 foi observado um aumento de respostas “Boa”, “Excelente”, e “Regular”, que em ambos anos representam a maior parte das respostas (Tabela. 4).

Tabela 4 – Número de eventos relatados e nota atribuída à segurança do paciente num hospital especializado antes e após a implantação do Núcleo Interno da Segurança do Paciente, nos anos de 2013 e 2018 respectivamente.

Dimensões e itens componentes	% de respostas positivas		V de Cramér	p-valor
	2013 (n=266)	2018 (n=193)		
Número de eventos adversos relatados				
Nenhum	78,6	62,7	0,227	< 0,001*
1 a 2	13,5	20,7		
3 a 5	3,0	10,4		
6 a 10	1,9	4,1		
11 a 20	1,9	-		
21 ou mais	1,1	2,1		
Nota de segurança do paciente				
Excelente	2,6	7,8	0,274	< 0,001**
Muito boa	30,1	36,8		
Regular	42,9	50,3		
Ruim	18,8	3,6		
Muito ruim	5,6	1,6		

FONTE: Elaborada pela Autora, 2018. *Teste exato de Fischer; **Teste de qui-quadrado de *Pearson*.

A dimensão “percepções gerais de segurança” apresentou duas áreas com melhora na positividade das respostas. No componente “É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui” que em 2013 as respostas positivas corresponderam 36,8%, e em 2018 essa frequência subiu para 58% (Tabela 5).

Quanto ao componente A18 “Os nossos procedimentos e sistemas são adequados pra prevenir a ocorrência de erros”, 29,7% dos participantes responderam positivamente em 2013, e em 2018 esse percentual subiu para 56% (Tabela 5).

Já outros componentes se mantiveram constante, como os itens A15 e A17, ambos abaixo dos 50%, indicando fragilidade.

Apesar de todos os itens da dimensão “Frequência de relato de erros” ter recebido baixa porcentagem de respostas positivas, e por isso ter sido considerada área frágil, é possível perceber um aumento discreto de respostas positivas em 2018, especialmente em D3, que se refere à frequência em que os erros que não causaram dano ao paciente foram notificados, que aumentou de 25,5% de positividade para 48,2%, e apresentou media associação (Tabela 5).

Tabela 5 – Respostas positivas à percepção geral da segurança do paciente e seus itens componentes num hospital especializado antes e após a implantação do Núcleo Interno da Segurança do Paciente, nos anos de 2013 e 2018 respectivamente.

Dimensões e itens componentes	% de respostas positivas		V de Cramér	p-valor*
	2013 (n = 266)	2018 (n = 193)		
Percepções gerais de segurança				
A10. É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui.	36,8	58,0	0,210	< 0,001
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	24,1	24,4	0,003	0,942
A17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	32,7	30,1	0,028	0,546
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados pra prevenir a ocorrência de erros.	29,7	56,0	0,264	< 0,001
Frequência de relato de erros				
D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	27,4	38,3	0,115	0,013
D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	25,2	37,3	0,130	0,005
D3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	25,2	48,2	0,238	<0,001

FONTE: Elaborada pela Autora, 2018. *Teste do qui-quadrado de *Pearson*.

A pontuação composta demonstrada na Tabela 6 informou a porcentagem média de pessoas que responderam positivamente aos itens da pesquisa que medem cada área ou dimensão da cultura de segurança. Resumindo assim, como os profissionais responderam positivamente aos itens em cada dimensão da cultura de segurança.

A Tabela. 6 não revelou áreas fortes, porém, é possível verificar melhoras nas respostas favoráveis a cultura em 50% das dimensões. No entanto, 16,7% delas recuaram e 33,3% se mantiveram estáveis.

Observou-se aumento das respostas positivas nas dimensões “Percepção geral da segurança do paciente”, “Aprendizado organizacional Melhoria Contínua”, , “Retorno da informação e comunicação sobre erro” “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”. Já a dimensão “Respostas não punitivas ao erro”, apresentou-se pior também foi possível perceber que em 2018 houve uma piora no padrão das respostas em relação a T₀.

Na dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”, não se observou diferença.

Na dimensão “Frequência de relato de eventos” ano de 2013 referentes à frequência em que os erros que não causaram dano ao paciente foram notificados, foi observada uma área frágil, onde apenas 25,9% das respostas positivas foram atribuídas ao item (Tabela 6). Já em 2018, percebe-se que os incidentes sem dano foram mais notificados (41.3%) pela equipe, conforme demonstrado na Tabela 5. Também foi verificado um aumento na frequência de relato de eventos adversos entre os anos (p-valor < 0,001), com um tamanho de efeito pequeno (Cohen'd = 0,471).

Tabela 6 - Distribuição percentual média de pessoas que responderam positivamente às dimensões da cultura de segurança nos anos de 2013 e 2018.

Dimensões da cultura de segurança do paciente	% Média de respostas positivas		Cohen's d	p-valor*
	2013	2018		
	% (IC 95%)	% (IC 95%)		
Percepção geral da segurança do paciente	30,8 (27,4-34,3)	42,1 (38,1-46,1)	0,397	< 0,001
Frequência de relato de eventos	25,9 (21,3-30,6)	41,3 (35,3-37,3)	0,471	< 0,001
Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente	45,7 (41,6-49,8)	64,9 (60-69,8)	0,562	< 0,001
Aprendizado organizacional - Melhoria Contínua	40 (35,7-44,2)	65,8 (61,1-70,5)	0,752	< 0,001
Trabalho em equipe dentro das unidades	69,2 (65,0-73,4)	61,9 (57,2-66,7)	0,211	0,026
Abertura da comunicação	42,6 (38,5-46,7)	43,2 (38,3-48,1)	0,017	0,860
Retorno da informação e comunicação sobre erro	35 (21,0-38,9)	45,1 (39,8-50,4)	0,289	0,003
Respostas não punitiva aos erros	27,9 (24,1-31,8)	20,7 (17,2-24,3)	0,251	0,007
Adequação de profissionais	21,2 (18,8-23,6)	24,3 (21,4-27,3)	0,154	0,102
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	34 (29,8-38,1)	48,4 (42,7-54)	0,384	< 0,001
Trabalho em equipe entre as unidades	45,8 (41,8-49,7)	47,8 (42,7-53,9)	0,059	0,530
Passagem de plantão /turno e transferências	31,9 (28,7-35)	36,5 (31,6-41,4)	0,152	0,115

FONTE: Elaborada pela Autora, 2018. Abreviações: IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; *Teste t de student.

Após o cálculo do coeficiente de consistência α -Cronbach foi percebida uma boa confiabilidade global de 0,800 em 2013 e 0,867 em 2018 (Tabela 7).

Tabela 7 – Confiabilidade do questionário HSOPSC por dimensão da cultura de segurança nos anos de 2013 e 2018.

Composição composta de segurança do paciente	Alfa de Cronbach*	
	2013	2018
Percepção geral da segurança do paciente	0,481	0,371
Frequência de relato de eventos	0,868	0,884
Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente	0,654	0,740
Aprendizado organizacional - Melhoria Contínua	0,463	0,605
Trabalho em equipe dentro das unidades	0,876	0,741
Abertura da comunicação	0,590	0,660
Retorno da informação e comunicação sobre erro	0,876	0,741
Respostas não punitiva aos erros	0,508	0,412
Adequação de profissionais	0,241	0,141
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	0,586	0,757
Trabalho em equipe entre as unidades	0,568	0,723
Passagem de plantão /turno e transferências	0,255	0,727
Total	0,800	0,867

FONTE: Elaborada pela Autora, 2018. *Alfa de cronbach padronizado.

Discussão

6 DISCUSSÃO

A análise do perfil profissiográfico mostrou uma maior participação de profissionais do sexo feminino, com perfil predominantemente mais jovem, que trabalhavam na área atual há menos tempo, porém com carga horária superior em T_f .

Em relação ao tempo em anos que esses profissionais trabalhavam na instituição, houve um aumento de colaboradores novos, e conseqüente diminuição no número de profissionais com maior tempo de vínculo com o serviço, o que pode sugerir que o percentual de colaboradores com experiência no perfil de atendimento da instituição diminuiu.

Essa renovação do quadro de profissionais está diretamente relacionada a mudança quanto ao tipo de vínculo de profissionais na instituição de estudo ao longo dos 5 anos.

No primeiro semestre de 2012, antes da terceirização da gestão dessa organização hospitalar, o quadro de colaboradores era composto por três modalidades de vínculos de trabalho: servidores efetivos, com vínculo de trabalho com a administração do estado, com remuneração, vantagens e condições previdenciárias estabelecidas no estatuto do Regime Jurídico Único (RJU), servidores comissionados, de livre nomeação e exoneração, que não conferia estabilidade a seus ocupantes, e ainda por profissionais de serviços terceirizados, como vigilância, limpeza, e alimentação.

A partir da assinatura do Contrato de Gestão (CG) da Organização Social (OS) com a SES, extinguiu-se os cargos comissionados, e esses profissionais passaram a ser contratados em regime da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) (ou celetistas), com vínculo de trabalho com a administração da OS por meio de processo de seleção pública.

O CG prevê que a OS deve respeitar que, o mínimo de 50% dos recursos humanos necessários à execução dos serviços deverá ser composto por servidores cedidos pela SES, que deve informar para a OS acerca dos servidores efetivos que desejam continuar ou não lotados na unidade. Dessa forma, de 2013 a 2018, houve uma substituição de 23% de profissionais estatutários por colaboradores com vínculo CLT entre o público alvo desse estudo.

Um ponto negativo dos diferentes tipos de vínculos existentes em uma organização, é a possibilidade de diferentes valores de remuneração. No hospital avaliado, os servidores efetivos podem ter acrescidos em seu vencimento valores referentes ao prêmio de incentivo e gratificação de produtividade, além de insalubridade calculada sob o valor integral do salário, o que não ocorre para os celetistas. Isso interfere diretamente no sentimento de motivação desses profissionais como “parte integrante do time”, e estão relacionados ao comprometimento com a instituição, trabalho, integração e cooperação entre esses profissionais (FERNANDES; CARVALHO NETO, 2005; SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE-GOIÁS, 2012).

Esses fatores supramencionados podem resultar em *turnover* entre os profissionais que prestam assistência direta aos pacientes, que por sua vez constituem um importante indicador para a segurança do paciente, já que a rotatividade pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados (CARVALHO, 2011).

Apesar da preocupação relacionada à diminuição de profissionais veteranos, a pesquisa revelou que 57% dos respondentes trabalham na profissão há mais de 10 anos, que representa uma considerável experiência na profissão, o que pode ser útil para a cultura de segurança (FERNANDES; QUEIRÓS, 2011).

Além disso, a predominância de profissionais mais jovens possivelmente permite a identificação e notificação de possíveis incidentes e riscos mais facilmente, uma vez que a formação mais recente pode ter propiciado maior conscientização sobre a segurança do paciente por meio dos cursos de formação (WEGNER et al., 2016).

Neste sentido, as características organizacionais podem influenciar o comportamento dos colaboradores em decorrência de diferentes políticas, práticas e clima organizacional, e a carga de trabalho, que pode aumentar a tensão e diminuir a satisfação no trabalho, podendo aumentar a probabilidade de rotatividade (BLOOM; ALEXANDER; NUCHOLS, 1992).

Uma dessas características organizacionais que pode influenciar as variáveis supramencionadas é o próprio modelo de gestão por OS, adotado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) desde o segundo semestre de 2012, no qual o hospital do estudo deixou de ter uma administração direta do Estado, para ser gerido por uma organização pública não estatal.

Esse tipo de gestão permite a contratação e desligamento de pessoal de forma ágil, modelo este que mantém estreita ligação com a cultura organizacional, podendo estar relacionado ao medo de punição e sobrecarga de trabalho, cujos componentes pertencem as dimensões que não evoluíram, inclusive com regressão da sua cultura.

A instabilidade no quadro funcional gera medo de punição, que pode estar atrelado ao medo do desemprego, sentimento advindo com a chegada modelo de gestão por OS.

Considerando a lógica de redução de custos nos processos de contratação, instala-se um paradoxo, pois, ao mesmo tempo em que reduz diretamente os custos, os desafios para os gestores aumentam, exigindo novos investimentos na adequação de políticas e práticas de gestão de pessoas (FERNANDES; CARVALHO NETO, 2005).

A flexibilização dos processos gerenciais dos recursos humanos tende a uma maior instabilidade no quadro funcional, caracterizada por altos índices de rotatividade 12,5% contra 2,2% na administração direta (BARBOSA, 2010). Altos índices de rotatividade, podem ser agravados caso não haja uma política de Recursos Humanos que envolva a possibilidade de progressão funcional para todas as categorias (BARBOSA; ELIAS, 2010).

A redução da rotatividade de profissionais, por sua vez, é associada à redução de erros, redução do tempo de internação dos pacientes, e melhoria da cultura de segurança do paciente (HUANG et al., 2007).

Por outro lado, o processo seletivo por meio de entrevista do candidato e avaliação curricular privilegia profissionais com maior nível de qualificação, que pode resultar em admissão de profissionais com perfil que atenda melhor às necessidades da população usuária dos serviços, possibilitando selecionar entre outras características profissionais mais qualificados, o que foi observado no item “grau de instrução” (Tabela 1), onde se constatou um aumento no número de profissionais com nível de especialização, e redução de profissionais que referiram não possuir curso superior.

Dessa forma, esse resultado pode significar maior qualificação e conhecimento científico na prestação dos cuidados, o que pode favorecer a cultura, visto que

fatores como o conhecimento, a qualificação, a experiência profissional, as atitudes, a motivação e a intenção, são aspectos que impactam na segurança do paciente e são associados em diversos estudos às condutas dos profissionais diante das falhas, e à cultura de segurança (PADILHA et al., 2002; SIMAN, 2016).

Em todas as esferas de governo, entre gestores e trabalhadores do SUS, existe um crescente consenso de que a formação dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (COTTA et al., 2006).

É importante ressaltar ainda, que manter um quadro de recursos humanos qualificado compatível com o porte da unidade e seus serviços prestados, conforme estabelecido nas normas sanitárias, está entre as disposições do contrato de gestão sobre as obrigações dos chefes administrativos da unidade avaliada.(SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE-GOIÁS, 2012).

As mudanças constantes que as organizações públicas vêm experimentando nos últimos anos impactam nas relações estabelecidas entre os gestores e suas equipes, e por isso exigem cada vez mais a sua atenção. Esses, por sua vez, precisam tratar dos aspectos humanos que fogem à racionalidade organizacional, especialmente pelo fato de ter que lidar com a gestão de pessoas, a qual exige relações de trabalho diferenciadas (AMYRA et al., 2002), e que podem impactar na qualidade do trabalho.

Quanto à carga horária semanal de serviço do hospital, o estudo revelou que nos dois anos analisados, a maioria dos colaboradores trabalhou até 39 horas por semana, tendo correspondido a um total de 72% dos profissionais em 2013, e 57% em 2018. Em 2013, 27,3% do total da amostra trabalhou mais de 40 horas semanal, e em 2018 esse percentual subiu para 37,6%, com diferença significativa pelo teste exato de Fischer ($p < 0,001$). Ou seja, o resultado indica que houve um aumento de profissionais com carga horária superior a 40 horas semanais.

Em outra instituição pública da região Centro-Oeste, os colaboradores da área técnica possuem uma carga horária semanal entre 30 e 40 horas (CARVALHO, 2011). A carga horária da equipe assistencial de quatro outros hospitais públicos da região varia entre 30 a 44 horas semanais, com exceção dos residentes da equipe

multiprofissional e residência médica, que possuem carga horária mínima de 60 horas semanais (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-GOIÁS, 2017a; 2017b).

No Japão, Estados Unidos e Taiwan, o percentual de profissionais com carga horária menor que 40 horas semanais é de 23%, 58% e 16,4% respectivamente, enquanto o percentual daqueles que trabalham entre 40 e 60 horas, é de 58,1%; 33,35% e 74% (WU et al., 2013).

Estudos apontam que maiores jornadas de trabalho aumentam o número de ocorrência de eventos adversos e diminuem o grau de segurança do paciente (WU et al., 2013) e também gera consequências adversas para a saúde e bem estar dos profissionais (RHÉAUME, 2018).

Na dimensão “Adequação de profissionais”, o baixo percentual de respostas positivas demonstrou que os profissionais avaliam que existe um subdimensionamento da equipe para atendimento da demanda, e essa sobrecarga de trabalho é vista como um fator que impede uma cultura positiva de segurança.

Um estudo acerca do impacto do dimensionamento para a segurança do paciente demonstrou que o aumento do número de pacientes por profissional, pode contribuir para a ocorrência de falhas devido a sobrecarga de trabalho, além de ocasionar insatisfação profissional, que por sua vez é capaz de influenciar diretamente na permanência do colaborador na instituição de saúde e na aderência aos protocolos instituídos (DUARTE et al., 2015).

Informações fornecidas pelo Departamento de Recursos Humanos da instituição demonstram que nos últimos 5 anos, houve uma redução de 21% no quadro dos profissionais pesquisados, mas que, apesar das queixas a respeito do dimensionamento insuficiente para atender a demanda de trabalho, o quantitativo de profissionais disponíveis já contempla o índice de segurança técnica previsto na legislação vigente para o grau de complexidade assistencial da unidade hospitalar, tanto na parte médica como de enfermagem, categorias profissionais majoritariamente representadas na pesquisa.

Em 2018, apesar da percepção de subdimensionamento, 78,2% dos profissionais concordaram que a equipe se dispôs a promover ações para melhorar a segurança do paciente, diferente do ano de 2013, quando essa era considerada uma área frágil, com 44,4% de positividade nas repostas. Esse resultado evidenciou que a

realização de algumas ações desenvolvidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente alcançaram os profissionais de saúde, tendo atingido o objetivo proposto ao longo de cinco anos.

Dessa forma, pode-se dizer que os gestores devem criar estratégias para promover a satisfação no ambiente de trabalho para assegurar a qualidade da assistência e proporcionar melhoria tanto para a instituição quanto para os profissionais individualmente, possibilitando assim a redução do *turnover*, o qual foi verificado no perfil profissiográfico dos profissionais pesquisados, (OLIVEIRA; PAIVA, 2011).

É importante ter em mente, que as fraquezas do sistema podem se desenvolver por causa de decisões e não decisões que se acumulam por longos períodos de tempo (THOMPSON, 2014). Além disso, a complexidade dos sistemas de saúde contribui para que a responsabilidade de coordenar ações para corrigir deficiências estruturais sejam difusas, confusas ou ausentes, o que pode comprometer a integridade e o funcionamento do sistema como um todo (DIXON-WOODS; PRONOVOST, 2016).

A alocação dos profissionais por setor em ambos os anos foi semelhante. A clínica não cirúrgica, que corresponde às enfermarias adultas foi a área mais frequente de respondentes, seguido do setor de emergência, sendo os dois setores com maior quantitativo de profissionais na instituição estudada. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos que utilizaram os mesmos instrumentos para mensurar cultura de segurança (HUGHES; CHANG; MARK, 2009; FERNANDES; QUEIRÓS, 2011), que também perceberam maior retorno das pesquisas das unidades de interação não cirúrgicas seguido da emergência.

Quanto à profissão, a amostra revelou um predomínio de respostas da equipe de enfermagem nos dois anos avaliados, seguido dos médicos. Concordando com esse resultado, um estudo publicado em 2013 revelou que na maioria dos estudos avaliando a equipe multiprofissional, o enfermeiro é o grupo profissional que mais contribui para a taxa de resposta (PIMENTA, 2013).

Considerando que o maior número de participantes pertencia ao corpo de enfermagem e, tradicionalmente, existe uma prevalência do sexo feminino nesse grupo de profissionais, a maior participação de profissionais do sexo femininos foi um resultado esperado. (FERNANDES; QUEIRÓS, 2011). Outros estudos revelaram

resultados semelhantes com predomínio de mulheres (70%) participantes na pesquisa (REIS, 2013; MINUZZ; SALUM; LOCKS, 2016; SILVA; ROSA, 2016).

Em relação às outras categorias profissionais não mencionadas, os resultados ficaram comprometidos em decorrência do menor número de respostas que limita o poder estatístico para detectar diferenças significativas entre os grupos profissionais.

Os resultados encontrados nas 12 dimensões que esse estudo avaliou, demonstraram a necessidade de melhoria em vários aspectos da cultura de segurança. Não foram evidenciadas dimensões fortes, e apesar de quase todas elas terem melhorado em relação a 2013, nove delas ainda foram consideradas áreas frágeis, e que precisam ser fortalecidas.

Foram destacadas como dimensões prioritárias de atenção: “Respostas não punitivas aos erros”, “Adequação de profissionais”, “Percepção geral da segurança do paciente”, “Frequência de relato de eventos”, “Abertura da comunicação”, “Retorno da informação e comunicação sobre erro”, “Respostas não punitiva aos erros”, “Adequação de profissionais”, “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, “Trabalho em equipe entre as unidades”, “Passagem de plantão/turno e transferências”. Essas dimensões receberam em média menos de 50% de respostas positivas.

A baixa positividade nos três itens avaliados na dimensão “Resposta não punitiva ao erro” em T_0 e T_f indica insegurança por parte dos profissionais em notificar incidentes por medo de serem punidos. Foi possível perceber que em 2018 houve uma piora no padrão das respostas, ou seja, uma maior quantidade de respostas negativas, evidenciando que durante esses 5 anos, os profissionais passaram a se preocupar com as possíveis consequências negativas decorrentes da notificação dos eventos adversos.

Este resultado foi condizente os achados da dimensão “Frequência de relato de eventos”, que apesar de apresentar melhora significativa em relação ao ano de 2013, revelou que nos últimos 12 meses, 62,7% dos colaboradores referiram ainda não ter relatado nenhum incidente ao NSP, um percentual considerado alto. Em contrapartida, o percentual de profissionais que notificaram acima de três EA nos últimos 12 meses dobrou em 2018.

No componente D3, que se refere à frequência em que os erros que não causaram

dano ao paciente foram notificados, observa-se que os riscos potenciais de causar dano aos pacientes estão sendo mais notificados pela equipe, conforme demonstrado na Tabela 4, apesar de ainda ser retratada uma subnotificação de incidentes.

Um estudo conduzido em um hospital italiano, também demonstrou relutância por parte da equipe em relatar eventos adversos por medo de represálias e consequências negativas (BAGNASCO et al., 2018). Outro estudo revelou que a cultura de culpa parece existir em grande parte dos hospitais onde a avaliação já foi realizada, e que essa cultura não só desencoraja a equipe a reportar erros, como também impede o aprendizado (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018).

Em uma cultura de segurança forte, existe uma relação de confiança, onde os profissionais sentem-se confortáveis em notificar os erros e discutir quando algo não parece estar certo, sem medo de censura por parte dos seus gestores (WACHTER, 2013).

A intimidação e o comportamento disruptivo por parte dos gestores/supervisores produzem níveis mais baixos de comprometimento, maior desgaste dos profissionais, e também leva ao silêncio e maior *turnover*, o que compromete a segurança de todo sistema e cria buracos duradouros em suas defesas (BERWICK et al., 2009; REASON, 1998).

Os enfermeiros, por exemplo, são profissionais que experimentam regularmente assédio ou outras formas de comportamento hostil ou intimidatório no seu dia-a-dia. Cerca de um terço desses profissionais relataram assédio verbal de gerentes, colegas, pacientes e/ou familiares o que aumenta significativamente o desgaste do trabalho, *burnout* e *turnover* desses profissionais (DEERY; GUEST, 2011).

Uma cultura punitiva é apontada como uma das várias formas de violência que ocorrem com bastante frequência nas organizações, e gera um alto preço para a cultura de segurança (REASON, 1998; BERWICK et al., 2009).

Considerando que o posicionamento dos profissionais frente ao evento adverso dependerá da cultura estabelecida na instituição, ou seja, se ela é uma cultura punitiva ou não (DUARTE et al., 2015), e, no sentido de reduzir o medo de represálias, um estudo propõe estratégias para desenvolver a cultura de segurança do paciente, como por exemplo, o uso instrumentos proativos de gerenciamento de

risco, como o Relatório de Incidentes com base em *Near Misses* e a Análise de Modo e Efeito de Falha (FMEA) (TEREANU et al., 2017).

A dimensão “Aprendizado organizacional” apresentou em 2018 uma melhora significativa em relação a 2013, quando foi revelada como uma área frágil. Em 2018, todos os componentes receberam mais de 50% de positividade na avaliação dos colaboradores. O componente A6 foi relevado como uma área de fortaleza, com 78,2% de respostas positivas, demonstrando que os participantes reconhecem que na unidade, “ Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, constando que os profissionais têm notado melhorias que tem acontecido a partir da identificação de falhas, ou seja, que a organização possui uma boa capacidade de aprendizado com falhas e erros identificados.

Portando, percebe-se que a identificação das falhas está cumprindo o seu papel educacional na instituição, e promovendo aprendizado organizacional, melhorias na segurança do paciente e no modo como ela é compreendida. De modo geral, houve uma melhora significativa de 11,3% na percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente em 2018 (Tabela 6).

Apesar dessas melhorias, a dimensão “Retorno da informação e comunicação sobre erro revela área fragilizada, sugerindo uma comunicação que precisa ser fortalecida, especialmente no que concerne as informações relacionadas às mudanças implementadas a partir das notificações, e discussão de meios para prevenir erros e sua recorrência, já que apenas 40,4% dos participantes relataram receber pouca informação acerca da ocorrência de eventos adversos e suas tratativas.

É importante ressaltar que a análise e a correção dos erros com as equipes envolvidas podem resultar em estímulo para notificação de EA e prevenção de sua repetição (BOHRER et al., 2016).

Esse resultado corrobora com os achados obtidos na dimensão “Abertura da comunicação”, também revelado como uma área frágil, e que demonstra que nem sempre os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores e receiam perguntar, quando algo parece não estar certo.

A dimensão “Passagem de plantão/turno e transferências”, que também esta relacionada à comunicação entre os profissionais da unidade, revelou-se uma área frágil. O foco nas transferências e transições hospitalares está relacionado a uma

cultura de segurança positiva (HELLINGS et al., 2010), uma vez que a transição de cuidados aumenta a possibilidade de erros de comunicação, podendo ocasionar erros graves (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Esse resultado corrobora com o resultado de outro estudo, que também obteve um baixo percentual de respostas positivas a esta dimensão e demonstrou que a perda de informações ocorre mesmo durante mudanças de plantão dentro do mesmo setor/área, o que reforça a necessidade da viabilização de instrumentos que permitam a padronização nos processos de coleta de informações e apresentação e passagem de plantão entre as diferentes unidades e também entre os colaboradores de diferentes turnos (BAGNASCO et al., 2018).

Iniciativas de baixo custo para promover uma boa comunicação entre os serviços e melhorar a cultura de segurança foram testadas e recomendadas. Entre elas está a realização de *briefing* matinal a cada dia de trabalho, com sessão de 10 a 15 minutos, para os membros da equipe discutirem coletivamente as necessidades das unidades do dia, identificarem suas preocupações e adquirirem perspectivas de cada membro da equipe, e a construção de uma área definida para pausas e a instituição de sessões de *feedback* da equipe com os líderes da unidade (RICE et al., 2018). Por isso, o trabalho em equipe é crucial para o desenvolvimento de uma cultura de segurança adequada para uma assistência à saúde segura e de alta qualidade .

A abertura na comunicação para falar sobre as fragilidades e erros como uma experiência de aprendizagem leva à reflexão sobre o funcionamento de todo o sistema. Por outro lado, uma cultura de culpa é uma cultura defensiva que não estimula o aprendizado, onde a informação sobre as falhas é vista como uma arma que pode ser usada contra o colaborador.

A confiança solidária de que cada um fará a sua parte e terá um olhar atento para ajudar a lidar com os inevitáveis deslizes e erros que sempre podem ser cometidos, pode ser um comportamento estimulador de cultura justa (HALE, 2003). Deste modo, o diálogo aberto e explícito entre os profissionais de saúde são fatores-chave no estabelecimento de uma cultura compartilhada de segurança nos cuidados de saúde (AMALBERTI et al., 2005).

Os processos de comunicação representam um fator importante no engajamento dos profissionais, não apenas em relação aos aspectos da execução das rotinas, mas também aos aspectos psicossociais das relações de trabalho, que estão diretamente relacionados a sintonia entre os profissionais da instituição (FERNANDES; CARVALHO NETO, 2005).

A dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, apesar de ter se revelado uma área frágil, melhorou significativamente em relação a 2013, indicando que apesar de ser uma área que precisa de melhorias, demonstrou uma progressão quanto a atenção da direção para os assuntos relacionados a segurança do paciente.

Uma cultura positiva de segurança do paciente é fruto de um compromisso coletivo de cuidado e preocupação, em que toda organização compartilha percepções similares e atitudes positivas em relação à segurança. Nessa perspectiva, as atitudes e ações da alta direção são particularmente importantes por ter impactado na maneira como os subordinados pensam e se comportam.

Percepções negativas em relação a alta gestão podem resultar de estereótipos devido ao contato direto limitado, visto que suas atitudes serão evidenciadas por terceiros. Portanto, uma necessidade de regular como essas atitudes são transmitidas aos subordinados para garantir que o comprometimento gerencial com a segurança seja percebido com precisão. Uma percepção negativa dos colaboradores sobre a alta gestão pode ser um produto da desconfiança que já existe dentro da empresa (COOPER; PHILLIPS, 2004).

Considerando ainda que a alta gestão é quem toma as decisões sobre o destino da organização, o seu apoio é fundamental para o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva, e conseqüentemente para o aumento da segurança do paciente (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

Além disso, o Contra de Gestão prevê dentre outras premissas, a execução das atividades e a maior adequação e atendimento às recomendações, quanto à estrutura e o melhor nível de formalização dos processos inerentes ao serviço prestado, objetivando atender às necessidades dos usuários, primando pela melhoria da qualidade da assistência, garantindo eficiência, eficácia e efetividade,

alcançando elevados índices de satisfação, e buscar certificação de qualidade (SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE-GOIÁS, 2012).

Portanto, a existência de exigências legais que devem ser cumpridas para a manutenção dos Contratos de Gestão celebrados entre a OSs e o Poder Público, impulsionam a oficialização das condutas práticas e condução dos serviços de saúde, tendo em vista que pode ser cobrada, em nível da legalidade, pelos órgãos controladores competentes (SILVA; PROVIN; FERREIRA, 2018), e a inobservância das cláusulas podem implicar penalidades como advertência, multa e suspensão temporária de participação de processos de seleção no estado.

Quanto as expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente, 77,2% dos participantes responderam que o supervisor/chefe dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente, sendo considerada uma área de força na dimensão.

A atenção às preocupações dos colaboradores e o apoio oferecido pelo supervisor, é percebido de forma positiva entre a equipe, sendo capaz de reduzir a rotatividade de profissionais quase pela metade quando comparado ao grupo de profissionais que não percebem nenhum apoio de seu supervisor (WAI et al., 1998).

O item “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito” (A4), foi considerado uma área de força na dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”, e a redução percebida nas respostas positivas em 2018 em relação a 2013 não foi considerada significativa ($p < 0,519$). Apesar de 77,2% dos participantes concordarem que existe uma relação de respeito entre os profissionais de um mesmo setor, a maior parte dos colaboradores discorda que haja colaboração mútua quando a unidade fica sobrecarregada. Nos dois anos pesquisados os colaboradores avaliaram que o trabalho em equipe dentro das unidades é mais positivo quando comparado ao trabalho entre as unidades.

Um estudo descreveu sobre as barreiras do sistema para alcançar cuidados ultra seguros de saúde, o fator harmonia da dinâmica entre os profissionais de saúde revelou-se mais relevante do que alcançar excelência em cada nível organizacional de forma individualizada, dessa forma, o trabalho em equipe e o pensamento sistêmico deve se estender por todos os setores e serviços da instituição

departamentos ou áreas geográficas (AMALBERTI et al., 2005), para que haja continuidade do cuidado ao paciente.

Ao longo desses cinco anos, embora todas as dimensões da cultura de segurança abordadas na pesquisa HSOPSC tenham sido trabalhadas aleatoriamente, e de acordo com as necessidades pontuais da instituição, os resultados obtidos com a pesquisa aplicada em 2013 não foram norteadores das ações do NSP, portanto, não foi possível associar as intervenções realizadas nesse período com os resultados obtidos com a reaplicação do questionário em 2018. Descortinadas as fragilidades que persistem desde a implantação do NSP, pretende-se unir esforços para transformar as áreas frágeis em fortalezas, manter e melhorar os progressos já obtidos até aqui.

Os resultados demonstraram que em cinco anos metade das dimensões da cultura de segurança avaliadas avançaram, embora nenhuma tenha se tornado uma área de força. A melhora dessas dimensões pode ser resultante das ações do NSP, isso porque as dimensões que apresentaram melhores desempenhos foram aquelas em que a percepção dos participantes é de que o hospital está adotando medidas para melhorar a segurança do paciente, e essas medidas são majoritariamente desencadeadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), evidenciando que a sua implantação contribui para melhoria da cultura de segurança.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

A organização não apresentou dimensão como área de força e apresentou nove das suas 12 dimensões como áreas fragilizadas, ou seja, áreas prioritárias de atenção.

Em 2013, 11 das 12 dimensões foram consideradas áreas fragilizadas, e em 2018, duas delas saíram dessa classificação, com um aumento de positividade para mais de 60%. Entende-se, portanto que a instituição possui uma cultura de segurança fragilizada, mas que apresenta potencial para melhora, já que oito dimensões apresentaram aumento de positividade de respostas, embora ainda pequena.

O fato da maior parte dos profissionais ter informado que ainda não notificaram incidentes ao NSP, e que existe uma preocupação de que essa atitude possa ser inserida em suas fichas funcionais e gerar punição, aponta para uma cultura de caráter punitivo, caracterizada por uma comunicação frágil, demonstrando a necessidade de fazer com que esses profissionais sintam-se apoiados e vistos como protagonistas de um cuidado seguro, e não os culpados pelos problemas sistêmicos.

Esse resultado aponta para a necessidade de reflexão acerca da clara subnotificação de eventos adversos e prejuízo no aprendizado organizacional, o que pode comprometer a segurança do paciente.

Além disso, também foi evidenciada uma insatisfação no que diz respeito a carga de trabalho, o que torna imprescindível desenvolver transparência na cultura de segurança e recuperação da alegria e significado no trabalho, além de promover um ambiente em que os profissionais que prestam cuidados diretos ou indiretos ao paciente possam ser valorizados pelo reconhecimento de falhas, pois apenas dessa forma a comunicação aberta será estimulada.

Verificou-se também uma importante mudança no perfil profissiográfico dos colaboradores da instituição, que em 2013, eram predominantemente profissionais acima de 40 anos, com mais tempo de experiência profissional e com maior tempo de vínculo com instituição, e que em 2018 são representados por profissionais abaixo de 30 anos e com menor tempo de experiência e vínculo com a instituição, mostrando uma possível renovação do quadro de profissionais nos últimos 5 anos.

A forma como os profissionais enxergam a Segurança do Paciente na instituição melhorou em comparação ao ano de 2013, tanto em relação a nota atribuída a segurança do paciente, quanto em relação a dimensão das percepções gerais da segurança. Dessa forma, concluímos que após a implantação do NSP, ocorreram mudanças positivas que contribuíram para a melhoria da cultura de segurança e das diversas dimensões que avançaram em relação a 2013.

Considerações finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança da cultura nas áreas identificadas como fragilizadas é um desafio que requer envolvimento e atenção urgente da alta gestão e dos profissionais da organização.

É necessário desenvolver estratégias capazes de estimular o trabalho em equipe dentro e entre as unidades, aumentando a confiança do colaborador e desenvolvendo uma cultura não punitiva, que estimule a aprendizagem organizacional e uma comunicação eficiente na organização, minimizando assim as possíveis consequências que possam afetar a cultura e os resultados da assistência prestada.

Para isso, é preciso que a organização garanta a estruturação de processos seguros e barreiras íntegras, assegurando treinamentos eficazes, protocolos bem definidos, e sistemas que sejam a prova de erros. Neste sentido o Núcleo de Segurança do Paciente tem a responsabilidade de ser formulador de políticas que considerem os fatores extrínsecos a atitude profissional, favorecendo um sistema equilibrado e justo.

Não foram encontradas na literatura nacional ou internacional, estudos ou publicações semelhantes que permitissem confrontar os resultados obtidos acerca das mudanças ocorridas na cultura antes e depois da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, evidenciando que Cultura de segurança do Paciente precisa ser mais bem explorada e estudada.

Esse resultado também demonstra que as organizações de saúde estão apenas começando a trabalhar com ferramentas de avaliação da cultura e com o conceito de cultura de segurança em si.

Considerando a escassez de publicações semelhantes, os resultados desse estudo poderão contribuir com realidades próximas e servir de comparativo em outros estudos com a mesma proposta, podendo ainda servir de base para futuras pesquisas acerca do impacto cultural de iniciativas de segurança do paciente e de suas intervenções.

Todavia, o significado de seus resultados será sempre único, pois, “São nossas interpretações que trazem sentido a elas, rotulam o fenômeno e conceituam o elo entre pesquisa e ação” (DENISON, 1996).

8.1 Recomendações para trabalhos futuros

É necessário aprofundar esse tema à altura de sua complexidade e abrangência, especialmente considerando a diversidade dos modelos de gestão existentes nas organizações de saúde e os diferentes tipos de vínculos de trabalho, que merecem ser explorados em estudos futuros.

Considerando que o vínculo empregatício pode inibir ou estimular a exposição imparcial dos pontos negativos ou positivos do hospital, sugere-se investigar essa hipótese em futuros estudos, comparando a percepção da cultura de segurança entre os diferentes tipos de vínculos existentes na organização.

Há muito a ser estudado sobre como usar os resultados do diagnóstico da cultura de segurança do paciente em combinação com outras informações como indicadores em diferentes contextos e estruturas organizacionais, a fim de aprimorar a segurança do paciente.

Para obter melhores resultados, sugere-se a participação ativa do Departamento de Recursos Humanos, e Departamento de Ensino e Pesquisa em todas as etapas do estudo.

Por fim, a realização de pesquisas dessa natureza, baseado em suas próprias experiências é de grande valia para a condução da organização.

8.2 Limitações do estudo

Embora este estudo defenda a utilização de instrumentos para medir a cultura de segurança do paciente, como uma estratégia eficaz no direcionamento de ações capazes de provocar melhoria na segurança do paciente, reconhecemos suas limitações.

Um ponto importante é que os resultados de 2013 não foram utilizados para o direcionamento das práticas de segurança, por isso, não é possível avaliar quais

dimensões da cultura que sofreram mudanças decorrentes de ações pontuais do NSP. Assim, considera-se muito pertinente a realização de estudos pré e pós-implantação do NSP, no sentido de obter a avaliação diagnóstica, seguida de ações de intervenção nas áreas fragilizadas, e posteriormente nova aplicação da pesquisa.

A coleta de dados mediante o preenchimento do questionário também pode ser considerada uma limitação do estudo, por se tratar de um questionário longo, que pode induzir ao cansaço dos participantes, e fazer com que o respondente perca o interesse e não responda adequadamente as questões (BODUR; FILIZ, 2010).

É importante ressaltar também que o longo tempo que a pesquisadora trabalha na instituição pode ter gerado interferência na confiabilidade das respostas fornecidas, limitando os resultados deste estudo, mas que não o inviabilizam.

8.3 Propostas de enfrentamento do problema

1. Desencorajar sempre que possível relacionamentos com característica hierarquizada e com autoritarismo na organização;
2. Avaliar o status atual da Cultura de Segurança do Paciente por meio de questionários confiáveis e validados (preferencialmente antes do início das atividades do Núcleo de Segurança do Paciente);
3. Publicar amplamente os resultados do estudo na unidade, e envolver o público alvo da pesquisa na discussão dos resultados;
4. Elaborar plano de ação para priorizar atividades voltadas para as áreas fragilizadas junto as Diretorias, Departamento de Recursos Humano e Departamento de Ensino;
5. Traçar objetivos e metas claras de curto, médio e longo prazo voltados para os pontos frágeis que foram detectados;
6. Criar grupos de trabalho envolvendo todos os profissionais da organização;
7. Evitar formação de grupos de trabalho divididos por importância ou hierarquia;
8. Definir indicadores para acompanhamento das metas traçadas;
9. Assegurar a transparência das atividades realizadas pelo Núcleo de Segurança

do Paciente;

10. Implantar as intervenções visando uma ou mais dimensões da cultura de segurança de cada vez;
11. Proporcionar educação científica contínua em segurança;
12. Identificar preocupações relacionadas a segurança durante discussões multiprofissionais em toda a organização;
13. Viabilizar espaços de confraternização diária para a descontração de funcionários;
14. A cultura organizacional deve direcionar o processo de seleção de novos colaboradores. No ato da contratação de colaboradores, deixar claro quais são os valores da instituição, funcionamento da cultura organizacional e quais são os comportamentos no cotidiano da empresa, e atitudes que não serão toleradas;
15. Em caso de desligamento por solicitação dos colaboradores, obter informações acerca das razões que o levaram a querer desligar-se;
16. Reconhecer colaboradores que possuem alta capacidade para assumir riscos, são pró-ativos e propõem ações inovadoras;
17. Viabilizar um canal de comunicação na instituição, entre a alta gestão e seus subordinados, garantindo o entrosamento com a equipe;
18. Prezar pela comunicação clara e aberta, reprimindo fofocas que expõe problemas de convivência entre os funcionários;
19. Estimular a competição saudável no ambiente de trabalho, para que os colaboradores busquem superar-se e superar os resultados uns dos outros, evitando nível de competição extrapolado, que poderá levar a conflitos pessoais;
20. Estabelecer parcerias de liderança com as unidades;
21. Desafiar a instituição a aprender com um problema de segurança por mês;
22. Reavaliar a cultura, e;
23. Implantar um processo contínuo de medir, melhorar e avaliar a cultura de segurança.

Referências

REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Hospital Survey on Patient Safety Culture: User ' s Guide**. v. 15, [s.n.]. Rockville: AHRQ, 2016.
- AMALBERTI, R. et al. Five system barriers to achieving ultra safe health care. **Annals of International Medicine**, v. 142, n. 9, p. 756–764, 2005.
- AMYRA, A. et al. Repensando as Relações de Trabalho: Novos Desafios Frente aos Múltiplos Vínculos de Trabalho. **EnANPAD**, p. 1–16, 2002.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Revista de Saude Publica**, v. 38, n. 2, p. 335–336, 2004.
- _____. **Portaria Nº 529/2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança Do Paciente - PNSP. Brasília (DF): ANVISA, 2013. Disponível em: <<https://www.mendeley.com/research-papers/ministério-da-saúde-2326/>>
- _____. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 6**. Brasília: ANVISA, 2017.
- _____. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde**. v. 15. Brasília (DF): ANVISA, 2016.
- ARAÚJO, M.P.S.; OLIVEIRA, A.C. Quais mudanças poderão ocorrer na assistência cirúrgica após implantação dos núcleos de segurança do paciente? **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, v. 5, n. 1, p. 1542–1551, 2015.
- BAGNASCO, A. et al. La cultura della sicurezza del paziente: un indagine nell' area oncologica. **Scienze Infermieristiche**, p. 1–11, 2018.
- BARBOSA, N.B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2497–2506, 2010.
- BARBOSA, N.B.; ELIAS, P.E.M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público / privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 2483–2495, 2010.
- BERWICK, D. et al. Transforming healthcare: a safety imperative. **Quality & safety in health care**, v. 18, n. 6, p. 424–8, 2009.
- BEST, M.; NEUHAUSER, D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, n. 3, p. 233–234, 2004.
- BLOOM, J.R.; ALEXANDER, J.A.; NUCHOLS, B.A. The effect of the social organization of work on the voluntary turnover ratio of hospital nurses in the United States. **Sot. Sci. Medicine**, v. 34, n. 12, p. 1413–1424, 1992.
- BODUR, S.; FILIZ, E. Validity and reliability of Turkish version of “hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. **BMC Health Services Research**, v. 10, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Resolução Nº 921, DE 29 DE MAIO DE 2002**. Brasília: Diário Oficial da União (DOU)/MS, 2002.

_____. MS. **Portaria N° 1660, de 22 de Julho de 2019 do Ministério da Saúde.** Brasília: DOU, 2009. Disponível em:
<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/endemias.pdf>>

_____. MS. **RDC 42/2010.** Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Brasília: ANVISA, p. 1–11, 2010.

_____. MS. **RDC ANVISA 36/2013.** Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde ANVISA. Brasília: MS, 2013a. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_302_2005_COMP.pdf/7038e853-afae-4729-948b-ef6eb3931b19>

_____. MS. **Portaria N° 529, de 1° de Abril de 2013 do Ministério da Saúde.** Brasília: DOU, 2013b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>

BRASIL. **Portaria MS n° 2.095, de 24 de setembro de 2013** Diário Oficial da União/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d.

_____. MS. **RDC ANVISA 51/2014.** Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, v. 2014, 2014a.

_____. MS. ANVISA. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** 1a. ed. Brasília: [s.n.].

_____. MS. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** v. 2 Brasília: Anvisa, 2017.

BUENO, A.A.B.; FASSARELLA, C.S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede De Cuidados De Saúde**, p. 2–10, 2011.

CAPUCHO, H.C.; CASSIANI, S.H.D.B. The need to establish a national patient safety program in brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 47, n. 4, p. 791–798, 2013.

CARVALHO, R.E.F.L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil-** Questionário de Atitudes de Segurança. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

COELHO JUNIOR, F.A. Gestão estratégica: um estudo de caso de percepção de mudança de cultura organizacional. **Psico-USF**, v. 8, n. 1, p. 81–89, 2003.

COLLA, J.B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **The New Zealand medical journal**, v. 123, n. 1314, p. 68–78, 2005.

COOPER, M.D.; PHILLIPS, R.A. Exploratory analysis of the safety climate and safety behavior relationship. **Journal of Safety Research**, v. 35, p. 497–512, 2004.

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7–18, 2006.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; ROSA, M.B. **Erros acontecem:** A força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. São Paulo: 2016. Disponível em:
<<http://documents.scribd.com.s3.amazonaws.com/docs/5x5i1j985c5jwcsp.pdf>>.

BOHRER, C.D. et al. Comunicação e Cultura de Segurança do Paciente no

- ambiente hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, p. 50–60, 2016.
- DEERY, S.; GUEST, D. Workplace aggression: the effects of harassment on job burnout and turnover intentions. **British Sociological Association**, 2011.
- DENISON, D.R. What is the Difference between Organizational Culture and Organizational Climate? A Native 's Point of View on a Decade of Paradigm Wars. **The Academy of Management Review**, v. 21, n. 3, p. 619–654, 1996.
- DIXON-WOODS, M.; PRONOVOST, P. J. Patient safety and the problem of many hands. **BMJ Quality and Safety**, v. 25, n. 7, p. 485–488, 2016.
- DONABEDIAN, A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. **Salud Publica De Mexico**, 1986.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine.**, v. 114, p. 1115–1118, 1990.
- DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 144–154, 2015.
- EL-JARDALI, F. et al. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment , comparative analysis and opportunities for improvement. 2014.
- ETCHEGARAY, J.M.; THOMAS, E.J. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. **BMJ Quality and Safety**, v. 21, n. 6, p. 490–498, 2012.
- FAN, C.J. et al. Association of Safety Culture with Surgical Site Infection Outcomes. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 222, n. 2, p. 122–128, 2016.
- FEE, E.; GAROFALO, M.E.; CHANG, B. B. Florence nightingale and the crimean war. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 9, p. 1591, 2010.
- FERNANDES, A.M.M.L.; QUEIRÓS, P.J.P. Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Enfermagem**, v. 3, p. 37–48, 2011.
- FERNANDES, M.E.R.; CARVALHO NETO, A.M. Gestão dos Múltiplos Vínculos Contratuais nas Grandes Empresas Brasileiras. **Revista de Administração de Empresas - RAE**, v. 45, n. Edição Especial, p. 48–59, 2005.
- FIDELIS, R.E. **Cultura de segurança: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto**. 2011. 170 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 170 p., 2011.
- FLEMING, M. Patient safety culture measurement and improvement: a “how to” guide. **Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)**, v. 8 Spec No, n. October, p. 14–19, 2005.
- FLIN, R. et al. Measuring safety climate in healthcare. **Qual Saf Health Care.**, v. 15, n. 2, p. 109–115, 2006.
- FLIN, R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. **Safety Science**, v. 45, n. 6, p. 653–667, 2007.
- GABA, D.M.; STEVEN K.H.; JUMP, B. A. B. Production Pressure in the Work Environment: California Anesthesiologists' Attitudes and Experiences. **American**

Society of Anesthesiologists, p. 488–500, 1994.

GABA, D.M. et al. Differences in Safety Climate between Hospital Personnel and Naval Aviators. **Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society**, v. 45, n. 2, p. 173–185, 2003.

GULDENMUND, F. W. The use of questionnaires in safety culture research - an evaluation. **Safety Science**, v. 45, n. 6, p. 723–743, 2007.

HALE, A.R. Safety management in production. **Human Factors and Ergonomics In Manufacturing**, v. 13, n. 3, p. 185–201, 2003.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Quality and Safety**, v. 20, n. 4, p. 338–343, 2011.

HANDLER, S.M. et al. Patient safety culture assessment in the nursing home. **Qual Saf Health Care**, p. 400–405, 2006.

HARRISON, C. Primum non nocere is only the beginning. **Paediatrics & child health**, v. 12, n. 5, p. 379–80, 2007.

HAUKELID, K. Theories of (safety) culture revisited-An anthropological approach. **Safety Science**, v. 46, n. 3, p. 413–426, 2008.

HAYNES, A.B. et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. **N Engl J Med**, v. 360, p. 491-9, 2009.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (HSE). Human Factors Briefing Note No. 7 Safety Culture Case study HSE concerns. **Human Factors**, n. 7, p. 1–3, 2004.

HELLINGS, J. et al. International Journal of Health Care Quality Assurance Improving patient safety culture. **International Journal of Health Care**, v. 23, p. 489–506, 2010.

HOFMANN, D.A. An Investigation of the Relationship Between Safety Climate and Medication Errors As Well As Other Nurse and Patient Outcomes. **Personnel Psychology**, p. 847–869, 2006.

HUANG, D.T. et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Critical Care Medicine**, v. 35, n. 1, p. 165–176, 2007.

HUDSON, P. Applying the lessons of high risk industries to health care. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, n. 90001, p. 7i–12, 2003.

HUGHES, L.C.; CHANG, Y.; MARK, B.A. Climate on Medical – **Surgical Units. Health Care Manage Review**, v. 34, n. March, p. 19–28, 2009.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **Protecting 5 million lives**. 2006. Disponível em: <<http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/Completed/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 18 Mar. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Measuring the quality of health**. Washington (DC): National Academies Press, 1999.

_____. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. v. 323. Washington (D.C.): 2001.

_____. **Patient Safety Achieving A New Standard For Care**. Washington, D.C.:

National Academies Press, 2004.

JACKSON, J.; SARAC, C.; FLIN, R. Hospital safety climate surveys: Measurement issues. **Current Opinion in Critical Care**, v. 16, n. 6, p. 632–638, 2010.

JAMES, J. A new, evidence based estimate of patient harms associated with hospital care. **Journal of Patient Safety**, v. 9, n. 3, p. 122–128, 2013.

KATZ-NAVON, T.; NAVEH, E.; STERN, Z. Safety Climate in Health Care Organizations: a Multidimensional Approach. **Academy of Management Journal**, v. 48, n. 6, p. 1075–1089, 2005.

KLEMENC-KETIS, Z. et al. Variations in patient safety climate and perceived quality of collaboration between professions in out-of-hours care. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 10, p. 417–423, 2017.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. v. 21, 2000.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; MOLLA, S. To Err Is Human. **Medicine**, v. 126, n. November, p. 312, 1999.

LEAPE, L. L. Errors in medicine. **Clinica Chimica Acta**, v. 404, n. 1, p. 2–5, 2009.

LEE, W. et al. Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 1, p. 234, 10 dez. 2010.

MANZO, B. F. **O Processo De Acreditação Hospitalar Na Perspectiva**, 2009.

MARY, R.; LONGO, J. Gestão da Qualidade: Evolução Histórica, Conceitos Básicos e Aplicação na Educação. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada públ**, v. 397, p. 1–15, 1996.

MCCARTHY, D.; BLUMENTHAL, D. Stories from the sharp end: Case studies in safety improvement. **Milbank Quarterly**, v. 84, n. 1, p. 165–200, 2006.

MCINTYRE, N.; POPPER, K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. **British medical journal (Clinical research ed.)**, v. 287, n. 6409, p. 1919–1923, 1983.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4, p. 393–406, 2005.

MINUZZ, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 2, p. 1–9, 2016.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. Seven steps to patient safety An overview guide for NHS staff. **National Patient Safety Agency 2004**, n. April, p. 1–26, 2004.

NEIVA, E.R.; TORRES, G. Percepção de Mudança Organizacional: um Estudo em uma Organização Pública Brasileira. **Revista de Administração Contemporânea**, p. 31–52, 2007.

NGUYEN, G. et al. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. **BMC Health Services Research**, p. 1–8, 2015.

- NIE, Y. et al. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC health services research**, v. 13, n. 1, p. 228, 2013.
- NIEVA, V.; SORRA, J. Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, n. 2, p. ii17-ii23, 2003.
- NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. Third Edit ed. London: Harvard University Library, 1863.
- OLIVEIRA, S.A.A.; PAIVA, R.F.R. Possibilidade de diminuir o turnover da equipe de enfermagem nos serviços hospitalares. **Rev Gestão Saúde**, v. 2, n. 1, p. 60–73, 2011.
- PADILHA, K.G. et al. Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidade de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 36, n. 1, p. 50–57, 2002.
- PAESE, F.; SASSO, G.T.M.D. Patient safety culture in primary health care TT. **Texto & contexto enferm**, v. 22, n. 2, p. 302–310, 2013.
- PIMENTA, L.C. **Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria** (online). 2013.
- PRONOVOST, P. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Quality and Safety in Health Care**, v. 14, n. 4, p. 231–233, 1 ago. 2005.
- PRONOVOST, P.J. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, n. 6, p. 405–410, 2003.
- PRONOVOST, P.J. et al. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. **Joint Commission journal on quality and safety**, v. 30, n. 2, p. 59–68, 2004.
- PRONOVOST, P.J. et al. Changing the narratives for patient safety. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, n. 6, p. 478–480, 2017.
- REASON, J. **Achieving a safe culture: Theory and practice** Achieving a safe culture: theory and practice. v. 12, n. 907218144, p. 293–306, 1998.
- REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Acordo Básico de Cooperação da REBRAENSP**. REBRAENSP, p. 1–5, 2008.
- REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 203 f. Tese (Doutorado em ciências em saúde pública) - Escola Nacional em Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2013.
- REIS, C.T.; PAIVA, S.G.; SOUSA, P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. **International Journal for Quality in Health Care**, n. May, p. 1–18, 2018.
- RHÉAUME, A. The impact of long work hours and shift work on cognitive errors in nurses. **John Wiley & Sons**, n. May 2017, p. 26–32, 2018.
- RICE, H.E. et al. Building a safety culture in global health: lessons from Guatemala. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 2, p. e000630, 2018.

ROBB, G.; SEDDON, M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? **The New Zealand medical journal**, v. 123, n. 1314, p. 68–78, 2010.

ROTHSCHILD, J.M. et al. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. **Critical care medicine**, v. 33, n. 8, p. 1694–700, ago. 2005.

SANTIAGO, T.H.R.; TURRINI, R.N.T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe, p. 123–130, 2015.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE (SES). Estado de Goiás. **Contrato de Gestão 91/2012**. Goiania, 2012.

_____. **Portaria NISP nº 033**. Goiania, Brasil, 2013.

_____. Programa de Residência Médica da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Escola Estadual de Saúde Pública “Candido Santiago”**, v. EDITAL Nº, n. Anexo I, p. 28, 2017a.

_____. Programa de Residência em área Multiprofissional de Saúde, Modalidade Multiprofissional. **O Uniprofissional da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**. Centro de Seleção UFG, v. EDITAL N., p. 1–27, 2017b.

SILVA, A.C.A.B.; ROSA, D.O.S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, v. 2, n. esp., p. 1–10, 2016.

SILVA, A.C.M.R. et al. A Importância do Núcleo de Segurança do Paciente: um Guia para Implantação em Hospitais. **Rev. Educ. Meio Amb. Saú.**, v. 7, p. 87–109, 2017a.

SILVA, C.B.; PROVIN, M.P.; FERREIRA, T.X.A.M. Farmácia Hospitalar E O Modelo De Gestão Dos Hospitais Públicos: Uma Análise Comparativa Entre Administração Pública Direta E Organização Social De Saúde. **Rev. Gest. Sist. Saúde**, v. 7, n. 1, pp. 56-72, 2018.

SILVA, M.C.V.C. **Condições de Trabalho e Clima de Segurança dos operários da Construção de Edificações**. 2013. 100 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Faculdade Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte - MG, p. 100, 2013.

SILVA, P.L. et al. Scientific Research In Brazil About The Culture Of Patient Safety. **Rev. Uningá**, v.54, n. 1, p. 37–44, 2017b.

SIMAN, A. G. **Práticas de Profissionais de Saude na implantação do programa Segurança do Paciente: entre o prescrito e o real**. 2016. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 170 p., 2016.

SORRA, J.; NIEVA, V. Hospital Survey on Patient Safety Culture. 2004.

SOUZA, C.P.S.; LIMA, L.L.B. As Influências da Desestruturação Organizacional na Motivação dos Colaboradores de uma Empresa Júnior: Um Estudo Utilizando a Grounded Theory. p. 1–25, [s.d.].

SOUZA, V.S. de et al. Erros E Eventos Adversos: a Interface Com a Cultura De Segurança Dos Profissionais De Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 474–481, 2015.

- TEREANU, C. et al. Experimenting the hospital survey on patient safety culture in prevention facilities in Italy: psychometric properties. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, n. June 2018, p. 269–275, 2017.
- THIRD GLOBAL MINISTERIAL SUMMIT ON PATIENT SAFETY. **Tokyo Declaration on Patient Safety**. Tokyo, Japan: 2018.
- THOMPSON, D.F. Responsibility for Failures of Government: The Problem of Many Hands. **American Review of Public Administration**, v. 44, n. 3, p. 259–273, 2014.
- TIMM, M.; RODRIGUES, M.C.S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1. p. 26-37, 2016.
- TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: ANVISA (Ed.). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1ª Ed. Brasília: ANVISA, 2013. p. 41–55, Cap. 2.
- VICTORA, C.G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: The way forward. **The Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042–2053, 2011.
- WACHTER, R.M. Why Diagnostic Errors Don't Get Any Respect... And What Can Be Done About It. **Wachter's World**, v. 9, n. 9, p. 1605–1610, 2010.
- WACHTER, R.M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2a. ed. [s.l.] Porto Alegre: AMGH, 2013.
- WAI, T. et al. Review of nursing turnover research , 1977 ± 1996. **soc. Sci. Med.**, v. 47, n. 12, 1998.
- WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 3, p. 1–8, 2016.
- WEICK, K.E.; SUTCLIFFE, K.M.; OBSTFELD, D. Organizing for High Reliability. **Research in Organizational Behavior**, v. 21, p. 81–123, 1999.
- WESTAT, R.; SORRA, J.; NIEVA, V. Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Rehabilitation**, v. 2, n. 04, p. 842–8, 2004.
- WESTRUM, R. A typology of organisational cultures. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, n. SUPPL. 2, p. 22–28, 2004.
- WESTRUM, R. Organizational and interorganizational thought. Presentation to World Bank conference in Systems Safety, 1988.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Quality of care: patient safety Report by the Secretariat. **Fifty-With world Health Assembly**, n. A55/13, p. 1–6, 2002.
- _____. **World Alliance for Patient Safety**. WHO, p. 33, 2004.
- _____. **The Global Patient Safety Challenge 2005 - 2006** “Clean Care is Safer Care”. WHO, p. 1–25, 2005.
- _____. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety** Version 1.1 Final Technical Report. v. 1, n. January, p. 154, 2009a. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/>. Acesso em: 26 Jul. 2018.
- _____. **Guidelines for Safe Surgery**. WHO, p. 125, 2009b.
- _____. Better knowledge for safer care: human factors in patient safety. **World Health Organization**, n. April, 2009c.

_____. **Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide**.2011].

_____. **Medication Without Harm** - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. WHO, p. 16, 2017.

_____. Global actWHO. **Global action on patient safety for achieving effective universal health coverage**. World Health Assembly side event, n. May, p. 18–19, 2018.

WU, Y. et al. The impact of nurse working hours on patient safety culture: a cross-national survey including Japan , the United States and Chinese Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 1, 2013.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A – Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais.



Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

Um "Evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.

"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Seleccione UMA resposta.

<input type="checkbox"/> a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	<input type="checkbox"/> h. Psiquiatria/saúde mental
<input type="checkbox"/> b. Clínica (não cirúrgica)	<input type="checkbox"/> i. Reabilitação
<input type="checkbox"/> c. Cirurgia	<input type="checkbox"/> j. Farmácia
<input type="checkbox"/> d. Obstetrícia	<input type="checkbox"/> k. Laboratório
<input type="checkbox"/> e. Pediatria	<input type="checkbox"/> l. Radiologia
<input type="checkbox"/> f. Setor de Emergência	<input type="checkbox"/> m. Anestesiologia
<input type="checkbox"/> g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	<input type="checkbox"/> n. Outra, por favor, especifique:.....

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

outras					
Continuação	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...					
2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO C: Comunicação

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

algo parece não estar certo					
-----------------------------	--	--	--	--	--

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros, enganos ou falhas seguintes, com que frequência eles são relatados?

Pense na sua área/unidade no hospital	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é <u>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</u> , com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas <u>não há risco de dano ao paciente</u> , com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre erro, engano ou falha que <u>poderia causar danos ao paciente</u> , mas não causa, com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

- A Excelente
 B Muito boa
 C Regular
 D Ruim
 E Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

empregatício) de outras unidades do hospital					
--	--	--	--	--	--

Continuação	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Pense no seu hospital...					
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO G: Número de eventos relatados

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Nenhum relatório | <input type="checkbox"/> d. 6 a 10 relatórios |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 2 relatórios | <input type="checkbox"/> e. 11 a 20 relatórios |
| <input type="checkbox"/> c. 3 a 5 relatórios | <input type="checkbox"/> f. 21 relatórios ou mais |

SEÇÃO H: Informações gerais

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d. 11 a 15 anos |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 5 anos | <input type="checkbox"/> e. 16 a 20 anos |
| <input type="checkbox"/> c. 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> f. 21 anos ou mais |

2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d. 11 a 15 anos |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 5 anos | <input type="checkbox"/> e. 16 a 20 anos |
| <input type="checkbox"/> c. 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> f. 21 anos ou mais |

3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 20 horas por semana d. 60 a 79 horas por semana
 b. 20 a 39 horas por semana e. 80 a 99 horas por semana
 c. 40 a 59 horas por semana f. 100 horas por semana ou mais

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

- a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente
 b. Médico Residente/ Médico em Treinamento
 c. Enfermeiro
 d. Técnico de Enfermagem
 e. Auxiliar de Enfermagem
 f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
 g. Odontólogo
 h. Nutricionista
 i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
 j. Psicólogo
 k. Assistente Social
 l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
 m. Administração/Direção
 n. Auxiliar Administrativo/Secretário
 o. Outro, especifique _____

5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?

- a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.
 b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? _____ anos

7. Qual o seu grau de instrução:

- a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto e. Ensino Superior Incompleto

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo | <input type="checkbox"/> f. Ensino Superior Completo |
| <input type="checkbox"/> c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto | <input type="checkbox"/> g. Pós-graduação (Nível Especialização) |
| <input type="checkbox"/> d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo | <input type="checkbox"/> h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado) |

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso)

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.