**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ARMINDA REZENDE DE PÁDUA DEL CORONA

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO DE MATO GROSSO DO SUL**

**SÃO PAULO
2017**

ARMINDA REZENDE DE PÁDUA DEL CORONA

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO DE MATO GROSSO DO SUL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora: Profa Dra Aparecida de Cassia Giani Peniche

**SÃO PAULO
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Del Corona, Arminda Rezende de Pádua

Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul / Arminda Rezende de Pádua Del Corona. São Paulo, 2017.

224 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Aparecida de Cassia Giani Peniche

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Cultura organizacional. 2. Segurança do paciente.
3. Liderança. 4. Hospitais. 5. Enfermagem. I. Título.

Nome: Arminda Rezende de Pádua Del Corona

Título: Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto - PROESA da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Aparecida de Cassia Giani Peniche Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Um tempo para cada coisa

Eclesiastes 3:1-15

Para tudo há um tempo, para cada coisa há um momento debaixo dos céus:

tempo para nascer, e tempo para morrer; tempo para plantar, e

tempo para arrancar o que foi plantado;

tempo para eliminar e tempo para sarar; tempo para demolir, e

tempo para construir;

tempo para chorar, e tempo para rir; tempo para gemer, e tempo para dançar;

tempo para atirar pedras, e tempo para ajuntá-las; tempo para dar abraços, e tempo para apartar-se.

Tempo para procurar, e tempo para perder; tempo para guardar, e tempo para jogar fora;

tempo para rasgar, e tempo para costurar; tempo para calar, e

tempo para falar;

tempo para amar, e tempo para odiar; tempo para a guerra, e

tempo para a paz.

Dedicatória

A **Fernanda e o Rafael** meus queridos filhos, que estão se tornando excelentes seres humanos, apesar de sua mãe imperfeita. Vocês refletem a sensibilidade que a vida exige e proporcionam o abraço a todo momento em que busco a melhor direção.

Agradecimentos Especiais

À Escola de Enfermagem da USP - EEUSP/SP pela oportunidade de crescimento profissional proporcionado, ainda que tão tarde na minha trajetória por uma Enfermagem melhor.

Aos Profissionais e Amigos do Hospital Universitário "Maria Aparecida Pedrossian"/UFMS/EBSERH, pelas suas "falas" sobre o hospital, pois sem estas seria impossível este estudo.

Agradecimentos

A Deus, que me fortalece do amanhecer ao anoitecer
e as pessoas que sempre estão ao meu lado:

Ao **Nelson Del Corona** companheiro de todas as horas e
caminhadas.

À Profª Drª **Aparecida de Cassia Giani Peniche**, pelo
apoio, orientação, incentivo e respeito ao meu tempo.

À Drª **Claudia Tartaglia Reis** pela segurança no auxílio
com o questionário desta pesquisa.

Ao Prof. **Albert Schiaveto de Souza** na ajuda em
tornar a estatística algo mais simples.

Aos meus irmãos, irmãs, cunhadas, sobrinhos
e sobrinhas pela torcida.

Às amigas de jornada de enfermagem e ensino, pela
confiança e incentivo.

Grata a todos vocês.

Del Corona ARP. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução. Conhecer a cultura de segurança do paciente estabelecida nas organizações de saúde torna-se o primeiro passo para estabelecer o diagnóstico e o planejamento de ações que promovam mudanças e fortaleçam essa cultura, com vistas a mitigar a incidência de eventos adversos, garantindo, assim, uma assistência qualificada e mais segura aos pacientes. Cultura de segurança é definida como o conjunto de valores e padrões comportamentais de indivíduos e de grupos que determina a maneira como estes realizam seu trabalho. Daí a importância de se compartilhar uma cultura de segurança do paciente positiva, uma vez que a ausência desta aumenta a probabilidade de incidentes relacionados com os cuidados em saúde. **Objetivos.** Avaliar a cultura de segurança do paciente estabelecida em um hospital público de ensino, segundo a percepção subjetiva dos profissionais de saúde; examinar as dimensões da cultura de segurança do paciente por categorias profissionais e por unidades hospitalares; comparar as dimensões da cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais e unidades/áreas hospitalares; categorizar e analisar as percepções dos profissionais sobre a segurança, confrontando-as com as dimensões da cultura de segurança do paciente. **Método.** Estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa, do tipo survey transversal, realizado em um hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul. A amostra foi constituída de 397 profissionais da área de saúde que possuíam vínculo empregatício com o hospital. O instrumento de coleta de dados foi o Hospital Survey on Patient Culture (HSOPSC), no qual se emprega a escala de Likert para examinar doze dimensões de cultura de segurança do paciente, sete das quais estão relacionadas com as unidades/áreas do hospital, três estão relacionadas com o hospital e duas são variáveis de resultado. Para a análise estatística dos dados, utilizou-se o software Hospital Data Entry and Analysis Tool, disponibilizado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). **Resultados.** Nenhuma dimensão da cultura de segurança do paciente foi, classificada como área de pontos fortes ou positiva. As dimensões com maiores percentuais de respostas positivas foram “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas” (64%); “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente” (58%); e “aprendizado organizacional/melhoria contínua (62%). As demais dimensões avaliadas apresentaram percentuais de respostas positivas, classificadas como áreas frágeis da cultura de segurança do paciente. Quanto às variáveis de resultado da cultura de segurança, a que busca conhecer o “número de eventos relatados nos últimos 12 meses” teve maior percentual (74%), com a resposta “nenhum evento notificados nos últimos 12 meses”; enquanto que a variável que busca conhecer a “nota geral de segurança” obteve maior percentual (47%), com a nota “aceitável”.

Conclusões. Pode-se inferir que, na cultura de segurança do paciente no hospital pesquisado, mesmo áreas classificadas como neutras e frágeis apresentam potencial para se fortalecerem, uma vez que há dimensões com percentuais positivos em alguns dos itens que as compõem. Outros aspectos favoráveis ao fortalecimento da área de segurança são a configuração sociodemográfica dos profissionais, composta de adultos jovens com previsão de aposentadoria mais distante, e o vínculo trabalhista proposto pela empresa gestora do hospital. Esses fatores devem ser considerados pelos dirigentes do hospital como contribuintes da reconstrução de valores, missão e filosofia na cultura organizacional, de modo a contemplar a qualidade e segurança do paciente. Essa repaginação da cultura organizacional do hospital deverá vir acompanhada do estabelecimento de plano de ações e metas de segurança do paciente pelos líderes das unidades/áreas assistenciais, com vistas a construir uma cultura organizacional voltada para a segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Cultura Organizacional. Liderança. Hospital. Enfermagem.

Del Corona ARP. Evaluation of patient safety culture in a public teaching hospital in Mato Grosso do Sul [thesis] São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction. Knowing the patient safety culture of health organizations is the first step to make diagnosis and plan actions that promote changes and strengthen this culture, in order to mitigate the incidence of adverse events and thus ensure a qualified and safer patient care. Safety culture is defined as the set of values and behavioral patterns of individuals and groups that determines the way they perform their work. Hence the importance of sharing a positive patient safety culture, since the absence of this increases the likelihood of healthcare-related incidents. **Objectives.** To evaluate the patient safety culture of a public teaching hospital, according to the health professionals' subjective perception; to examine the dimensions of patient safety culture by professional categories and hospital units; to compare the dimensions of patient safety culture among professional categories and hospital areas/units; to categorize and analyze the professionals' perceptions about safety, and confront them with the dimensions of patient safety culture. **Method.** A quantitative descriptive-exploratory study, a cross-sectional survey carried out in a public teaching hospital in Mato Grosso do Sul. The sample consisted of 397 health professionals with an employment relationship with the hospital. The data collection instrument was the Hospital Survey on Patient Culture (HSOPSC), in which the Likert scale is used to examine twelve dimensions of patient safety culture, seven of which related to hospital areas/units; three related to the hospital; and two as outcome variables. For the data statistical analysis, the Hospital Data Entry and Analysis Tool, available from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), was used. **Results.** No dimension of the patient's safety culture, classified as a strength or positive area, was reported. The dimensions with the highest percentage of positive responses were "Teamwork within the areas/units" (64%); "Supervisor/manager expectations and actions promoting patient safety" (58%); and "Organizational learning/continuous improvement (62%). The other dimensions assessed presented percentages of positive responses, classified only as areas of weakness or frailty of the patient safety culture. Regarding the safety culture outcome variables, the one that seeks to know the "Number of events reported in the last 12 months" had a higher percentage (74%), with answer "No event reported in the last 12 months"; while the variable that seeks to know the "Overall Perceptions of Patient Safety" obtained a higher percentage (47%), with grade "acceptable". **Conclusions.** It can be inferred that in the patient safety culture at the hospital, even areas classified as neutral and fragile have the potential to be strengthened, since all dimensions presented positive percentages in some of the items that compose them. Other aspects favorable to the strengthening of the safety area are the sociodemographic configuration of the professionals, composed of young adults with a more distant retirement forecast, and the employment bond

proposed by the company managing the hospital. These factors should be considered by the hospital managers as contributors to the reconstruction of values, mission and philosophy in the organizational culture, so as to provide the patient with quality and safety. This improvement of the hospital's organizational culture should be accompanied by a plan of actions and patient safety goals established by the leaders of the care areas/units so that an organizational culture focused on patient safety may be built.

KEYWORDS: Patient safety. Organizational culture. Leadership. Hospital. Nursing.

Del Corona ARP. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de enseñanza del Mato Grosso do Sul (Mato Grosso del Sur) [tesis]. São Paulo: Escuela de Enfermaje, Universidad de São Paulo (San Pablo); 2017.

RESUMEN

Introducción: Conocer la cultura de seguridad del paciente establecida en las organizaciones de salud se convierte en el primer paso para establecer el diagnóstico y el planeamiento de acciones que promuevan cambios y fortalezcan esa cultura, con vistas a mitigar la incidencia de eventos adversos, garantizando, así, una asistencia cualificada y más segura a los pacientes. Cultura de seguridad es definida como el conjunto de valores y patrones comportamentales de individuos y de grupos que determinan la manera cómo estos realizan su trabajo. De ahí la importancia de compartir una cultura de seguridad del paciente positiva, una vez que la ausencia de esta aumenta la probabilidad de incidentes relacionados con los cuidados en la salud.

Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente establecida en un hospital público de enseñanza, segundo la percepción subjetiva de los profesionales de salud; examinar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente por categorías profesionales y por unidades hospitalares; comparar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente de entre las categorías profesionales y unidades/áreas hospitalares; categorizar y analizar las percepciones de los profesionales sobre la seguridad, confrontándolas con las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. **Método:** Estudio descriptivo-exploratorio de naturaleza cuantitativa, del tipo *survey* transversal, realizado en un hospital público de enseñanza del “Mato Grosso do Sul”. La muestra fue constituida de 397 profesionales del área de la salud que poseen vínculo empleatício con el hospital. El instrumento de coleta de datos fue el *Hospital Survey on Patient Culture* (HSOPSC), en el cual se emplea la escala de Likert para examinar doce dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente, siete de las cuales están relacionadas con las unidades/áreas del hospital, tres están relacionadas con el hospital y dos son variables del resultado. Para la análisis estadística de los datos, se utilizó el *software Hospital Data Entry and Analysis Tool*, disponibilizado por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).

Resultados: Ninguna dimensión de la cultura de seguridad del paciente, clasificada como área de puntos fuertes o positiva. Las dimensiones con mayores percentuales de respuestas positivas fueron “trabajo en equipo dentro de las unidades/áreas” (64%); “expectativas sobre el supervisor/jefe y acciones promotoras de seguridad del paciente” (58%); y “aprendizado organizacional/mejoría continua (62%). Las demás dimensiones evaluadas presentaron percentuales de respuestas positivas, clasificadas a penas como áreas de puntos flacos o frágiles de la cultura de seguridad del paciente. Cuanto a las variables del resultado de la cultura de seguridad, la que busca conocer el “número de eventos relatados en los últimos 12 meses” tuvo mayor percentual (74%), con la respuesta “ningún evento relatado en los últimos 12 meses”; mientras que la variable que busca conocer la “nota general de seguridad” obtuvo

mayor percentual (47%), con la nota “aceptable”. **Conclusiones:** Se puede inferir que, en la cultura de seguridad del paciente en el hospital investigado, mismo áreas clasificadas como neutras y frágiles presentan potencial para que se fortalezcan, una vez que todas las dimensiones presentaron percentuales positivos en algunos de los ítems que las componen. Otros aspectos favorables al fortalecimiento del área de seguridad son la configuración sociodemográfica de los profesionales, compuesta de adultos jóvenes con previsión de jubilación más distante, y el vínculo trabajista propuesto por la empresa genitora del hospital. Esos hechos deben ser considerados por los genitores del hospital como contribuyentes de la reconstrucción de valores, misión y filosofía en la cultura organizacional, de modo a contemplar la cualidad y seguridad del paciente. Esa repaginación de la cultura organizacional del hospital deberá venir acompañada del establecimiento del plan de acciones y metas de seguridad del paciente por los líderes de las unidades/áreas asistenciales, con vistas a construir una cultura organizacional volcada para la seguridad del paciente.

PALABRAS-CLAVE: Seguridad del paciente. Cultura organizacional. Lideranza. Hospital. Enfermaje.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. O modelo do “queijo suíço” de acidentes organizacionais de James Reason	59
Figura 2. Classificação das variáveis das dimensões da Cultura de Segurança do Paciente ..	93
Figura 3. Data Entry and Analysis Tool - Hospital Survey on Patient Culture	95
Figura 4. Cálculo do percentual de resposta da aplicação do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospital	96
Figura 5. Respostas positivas nas dimensões de cultura de segurança de paciente. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	111
Figura 6. Respostas aos itens da dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	112
Figura 7. Respostas aos itens da dimensão “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	113
Figura 8. Respostas aos itens da dimensão “aprendizado organizacional/melhoria contínua”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	113
Figura 9. Respostas aos itens da dimensão “apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	114
Figura 10. Respostas aos itens da dimensão “percepção geral da segurança do paciente”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	114
Figura 11. Respostas aos itens da dimensão “retorno da informação e comunicação sobre erro”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	115

Figura 12. Respostas aos itens da dimensão “abertura da comunicação”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017.....	115
Figura 13. Respostas aos itens da dimensão “frequência de relatos de eventos”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	116
Figura 14. Respostas aos itens da dimensão “trabalho em equipe entre as unidades/áreas”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	116
Figura 15. Respostas aos itens da dimensão “adequação de profissionais”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017.....	117
Figura 16. Respostas aos itens da dimensão “passagem de plantão/turno e transferências”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	117
Figura 17. Respostas aos itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	118
Figura 18. Percepção geral de segurança do paciente dos profissionais do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017.....	121
Figura 19. Eventos adversos notificados nos últimos 12 meses, no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017.....	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Demonstrativo da população do estudo por categoria profissional, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, 2017	84
Quadro 2. Demonstrativo da amostra de profissionais de saúde do estudo, com acréscimo de 30%, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, 2017	85
Quadro 3. Composição do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospital: dimensões da cultura de segurança do paciente, quantidade de itens e respectivas descrições.....	92

Quadro 4. Demonstrativo das variáveis do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospital (AHRQ, 2016)	94
Quadro 5. Exemplo da maneira de calcular a frequência e o percentual das respostas positivas, neutras e negativas nos itens (variáveis) do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospital	98
Quadro 6. Exemplo de como calcular o percentual médio de respostas positivas dos itens e das dimensões da cultura de segurança do paciente.....	100
Quadro 7. Detalhamento do alfa de Cronbach para as dimensões de cultura de segurança e variáveis de resultado. Campo Grande, MS, Brasil, 2017	105
Quadro 8. Unidades de análise de conteúdo dos comentários dos profissionais, na questão discursiva do item I do questionário. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos participantes. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, 2017	106
Tabela 2. Principal área/unidade de trabalho, tempo de trabalho no hospital e na atual área/unidade, carga horária semanal e status de contato com paciente. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	108
Tabela 3. Repostas positivas das dimensões da cultura de segurança por unidades/áreas de trabalho. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	123
Tabela 4. Nota de segurança do paciente por unidade/área de trabalho. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	124
Tabela 5. Eventos adversos notificados por unidade/área de trabalho. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	125
Tabela 6. Repostas positivas das dimensões da cultura de segurança por categoria profissional. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	126
Tabela 7. Notas de segurança do paciente por categoria profissional. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	127
Tabela 8. Eventos adversos notificados nos últimos 12 meses por categoria profissional. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	128
Tabela 9. Respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente pelo status de interação com os pacientes. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	129
Tabela 10. Notas de segurança do paciente e status de interação com os pacientes. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	130
Tabela 11. Eventos adversos e status de interação com os pacientes. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017	130

LISTA DE ABREVIATURAS

AHRQ	Agency for Health Research and Quality
ACSNi	Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EA	Evento Adverso
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INSAG	International Nuclear Safety Advisory Group
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Institute of Medicine
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety
HSC	Health and Safety Commission
HUMAP/UFMS EBSERH	Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian”. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Healthcare
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

LILACS	Literatura latino-Americana das Ciências da Saúde
MEDLINE	MEDical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SPSS	Statistic Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO	32
2	OBJETIVOS	40
2.1	OBJETIVO GERAL.....	42
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	44
3.1	MOVIMENTO MUNDIAL PELA SEGURANÇA DO PACIENTE	46
3.2	CONCEITOS FUNDAMENTAIS	51
3.3	A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	54
3.4	AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	60
3.5	PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS	63
4	REFERENCIAL TEÓRICO	68
4.1	CULTURA ORGANIZACIONAL DE SEGURANÇA E LIDERANÇA	70
4.2	CULTURA JUSTA	76
5	MATERIAL E MÉTODO	80
5.1	TIPO DE ESTUDO	82
5.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	82
5.3	POPULAÇÃO	83
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	84
5.5	CÁLCULO AMOSTRAL	84
5.6	COLETA DE DADOS.....	86
5.6.1	Procedimentos operacionais de coleta de dados.....	86
5.6.2	Aspectos éticos.....	87
5.7	INSTRUMENTO DE PESQUISA E VARIÁVEIS DO ESTUDO	88
5.7.1	Questionário Pesquisa Sobre a Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais	88
5.7.2	Definição das variáveis do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospital.....	93
5.8	PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	95
5.9	ANÁLISE DOS DADOS	96

6	RESULTADOS	102
6.1	PERCENTUAL DE RESPOSTA DO QUESTIONÁRIO	104
6.2	AVALIAÇÃO DA CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO HSOPSC.....	104
6.3	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES	106
6.4	AVALIAÇÃO GEBRAL DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	110
6.4.1	Percentual de respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente	110
6.4.2	Porcentuais das variáveis de resultado da cultura de segurança do paciente.....	120
6.5	RELAÇÕES DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE POR UNIDADES/ÁREAS DE TRABALHO	122
6.6	RELAÇÕES DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE POR CATEGORIA PROFISSIONAL	125
6.7	RELAÇÕES DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE POR INTERAÇÃO COM O PACIENTE	128
6.8	APRESENTAÇÃO DOS COMENTÁRIOS DOS PARTICIPANTES SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	131
7	DISCUSSÃO	135
7.1	ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA EQUIPE DE SAÚDE	137
7.2	AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	139
7.3	COMPARAÇÃO DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE AS UNIDADES DO HOSPITAL E CATEGORIA PROFISSIONAL.....	141
7.4	ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS COMENTÁRIOS DOS PROFISSIONAIS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	145
7.5	ÁREAS CRÍTICAS E OPORTUNIDADES DE MELHORIA NO HOSPITAL	149
8	CONCLUSÃO	151
	REFERÊNCIAS	157
	APÊNDICES.....	171
	APÊNDICE A – Autorização da pesquisadora autora para uso da versão brasileira do questionário HSOPSC.....	173
	APÊNDICE B – Cartaz de comunicado aos profissionais sobre a realização da pesquisa naquela unidade/área hospitalar.....	175
	APÊNDICE C – Foto da exposição do Banner da pesquisa e Urna de coleta de questionários na entrada do HUMAP/UFMS/EBSERH	177
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aplicado na pesquisa.....	179

APÊNDICE E – Cartaz de agradecimento aos profissionais pela colaboração e participação na pesquisa.	181
APÊNDICE F – Instrumento de coleta de dados HSOPSC, aplicado na pesquisa “Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul”	183
APÊNDICE G – Classificação das variáveis por Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente referente ao questionário HSOPSC (SORRA; NIEVA, 2004)	189
APÊNDICE H – Cedência de uso do Data Entry and Analysis Tool versão 2010 of Microsoft Excel® pela AHRQ.....	193
APÊNDICE I – Conteúdo das respostas discursivas dos profissionais na questão discursiva do item “I” do questionário HSOPSC.....	195
ANEXOS	205
ANEXO A – Questionário de pesquisa Hospital Survey on Patient Safety (HSOPSC) na versão original.	207
ANEXO B – Questionário de Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospital (HSOPSC) na versão brasileira.....	213
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP	219
ANEXO D – Parecer do Colegiado Executivo HUMAP-UFMS.....	223

Apresentação

A partir das observações e das inquietações desta pesquisadora a respeito das falhas humanas decorrentes dos cuidados em saúde, ao longo dos anos de sua vivência profissional nas práticas assistenciais, no ensino de enfermagem e como dirigente no conselho de classe de enfermagem, identificou-se a necessidade de construir um projeto de pesquisa, que resultou nesta investigação acadêmica.

Assim, apresento este estudo de avaliação da cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais de um hospital público de ensino do Estado de Mato Grosso do Sul. Esta tese está dividida em oito capítulos, além das referências bibliográficas, dos anexos e dos apêndices.

O primeiro capítulo compõe-se da introdução ao tema, da justificativa e da exposição da relevância do estudo realizado. No segundo capítulo, estão listados os objetivos geral e específicos desta investigação. No terceiro e quarto, estão descritos a revisão bibliográfica sobre a temática e o instrumento de coleta utilizado, e os referenciais teórico-metodológicos que balizaram a discussão dos resultados encontrados. O quinto capítulo foi reservado para apresentar o desenho metodológico percorrido na pesquisa. Os capítulos sexto e sétimo destinam-se a apresentar os resultados e a discussão, respectivamente. No oitavo capítulo encontram-se as conclusões e as proposições apresentadas à organização de saúde avaliada.

Este estudo não teve a pretensão de solucionar todas as necessidades de melhoria da área de segurança do paciente da instituição de saúde investigada, mas de subsidiá-la, para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das práticas de saúde, apresentado nos registros históricos, revelam que, desde a antiguidade, os cuidadores de doentes já demonstravam preocupações com a segurança do paciente, durante suas práticas assistenciais de cuidar, mesmo que rústicas, místicas e sacerdotais.

Ao longo da história da evolução das práticas de saúde, estas preocupações com a segurança dos pacientes sempre estiveram presentes nos relatos dos profissionais, seja a partir do surgimento de doenças, epidemias ou em paralelo ao desenvolvimento das ciências biológicas e da saúde, com as inúmeras descobertas que ocorrem nestas áreas.

No final do século 20, estas preocupações com a segurança do paciente começaram a chamar atenção empiricamente, no meio assistencial e acadêmico da área da saúde. Nesta ocasião, surgiu o estudo *Reducing Adverse Drug Event Prevention*, o qual apontou que 6,5% dos pacientes hospitalizados nos Estados Unidos eram vítimas de eventos adversos por medicamentos recebidos – destes, 28% (um terço) dos casos eram evitáveis (LEAPE *et al.*, 1998).

Foi somente a partir do relatório *To Err is Human*, publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM), em 1999, o qual estimou que em torno de 44 mil a 98 mil pacientes morriam por ano naquele país vítimas de danos graves relacionados aos cuidados. Isso se desdobrou na implantação de regulamentação pelo governo norte-americano, com vistas a mitigar os riscos dos pacientes nestes eventos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Estes resultados foram alarmantes e subsidiaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) na determinação de que o tema ‘segurança do paciente’ passasse a ter alta prioridade na agenda de seus países membros. Assim, em 2004 a OMS lançou, o programa *World Alliance for Patient Safety*, visando conscientizar e estabelecer o compromisso político dos governos, para garantir a segurança do paciente nos cuidados em saúde (WHO, 2004).

Outras organizações internacionais de certificação de qualidade na área da saúde, como a *The Joint Commission* (TJC), a *Joint Commission International* (JCI) e o *Institute of Healthcare Improvement* (IHI), também já tinham demonstrado formalmente uma proposta de assistência segura nos cuidados em saúde.

Na história do movimento internacional pela segurança do paciente, estas organizações internacionais de certificação da qualidade nos cuidados em saúde foram os primeiros colaboradores da OMS, ao apontarem soluções para os problemas de segurança nos hospitais, na perspectiva da segurança do paciente, enquanto uma das dimensões da qualidade da assistência nos cuidados em saúde (TRINDADE; LAGE, 2014).

Neste cenário de colaboradores, destaca-se também a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), responsável pela educação e pela pesquisa em segurança do paciente nos Estados Unidos. A AHRQ chama a atenção dos governos e das organizações de saúde para que eles adotem modelos positivos de cultura de segurança.

O termo 'cultura de segurança' apareceu pela primeira vez após o acidente na usina de energia nuclear de Chernobil, na Ucrânia, em 1986, em um relatório publicado pelo *International Nuclear Safety Group* (INSAG) sobre esta tragédia nuclear. A partir deste acidente, as organizações de alto risco, como energia nuclear e elétrica, engenharia civil, marítima, aeroespacial e de petróleo, aviação civil e militar, desenvolveram e incorporaram um modelo positivo de cultura de segurança nestas áreas (FLIN, 2006).

Porém, nas organizações de saúde, ainda se observa que o desenvolvimento de um conceito de cultura de segurança é recente, pouco discutido ou até desconhecido por muitos profissionais – desde a formação em cursos da área da saúde –, o que torna ainda mais difícil qualquer processo de mudança de paradigma diante dos eventos adversos relacionados aos cuidados.

Por outro lado, os profissionais da área da saúde compreendem a importância e a necessidade de incorporar e sedimentar um modelo positivo de cultura de segurança. Isto acontece pelo risco elevado de ocorrência de incidentes, erros ou falhas, provocados pelos cuidados de saúde cada vez mais complexos, que exigem uma prática assistencial segura, norteadas por protocolos e diretrizes clínicas (MELLO, 2011).

Com o advento do *Patient Safety Programme* da OMS, no século 21, percebe-se que o conceito de cultura de segurança emerge como um dos requisitos essenciais de qualidade do cuidado em saúde proposto pelas organizações certificadoras e também inserido nas políticas públicas pelos órgãos reguladores.

A construção do conceito de cultura de segurança na área da saúde ganhou mundialmente mais impulso com a criação de uma estrutura conceitual da classificação internacional de segurança do paciente pela OMS em 2009. Ao estabelecer uma taxonomia e um glossário para área de segurança, a OMS estabeleceu a terminologia como ‘cultura de segurança do paciente’ e a conceitua como: *“o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de percepção, e modelos de comportamento que determinam o compromisso com a gestão da saúde e segurança de uma organização e o seu estilo e proficiência”* (ICPS, 2009, p.110)

O governo brasileiro, por sua vez, criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído por meio da Portaria MS/GM 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013), em sintonia com a agenda política dos estados membros da OMS, com vistas a contribuir para a qualificação e a segurança dos cuidados em saúde em todos os estabelecimentos públicos ou privados no país. O PNSP é um desafio para a área da saúde, pois engloba várias estratégias e ações, as quais devem ser articuladas adequadamente com outras iniciativas do Ministério da Saúde, como o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), o Sistema Nacional de Notificação para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e a Rede Sentinela, com vistas a mitigar os danos relacionados aos cuidados em saúde.

O PNSP possui quatro eixos: “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”. (BRASIL, 2014, p. 15).

Neste sentido, venho acompanhando o movimento mundial e brasileiro pela segurança do paciente. Observei os esforços das lideranças do Hospital de Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), como a implantação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, em 1989, a participação na Rede Sentinela e no NOTIVISA, nesta década e, recentemente, em 2014, a implantação do PNSP na instituição.

A implantação do PNSP no HUMAP coincidiu com a transferência da administração do hospital à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual constituiu o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e se esforça no cumprimento das estratégias e ações exigidas no referido programa, as quais foram estabelecidas no plano estratégico de segurança do paciente do hospital.

Diante dos prazos estabelecidos pela Resolução da Diretoria Colegiada 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2013), para o cumprimento de implantação do PNSP, o NSP optou por, em um primeiro momento, desenvolver a implantação dos protocolos de segurança do paciente, deixando a mensuração da cultura de segurança do paciente para um segundo plano estratégico do NSP.

Para o HUMAP, é oportuno conhecer a cultura de segurança do paciente por unidades assistências hospitalares, pois, durante longos anos de vivência de prática assistencial de ensino neste hospital universitário, observei e me questionei sobre o motivo pelo qual determinadas clínicas do hospital tinham práticas de cuidados mais seguros, com protocolos, diretrizes clínicas e normas institucionais cumpridos, e outras não o tinham.

É recomendado que se examine a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, antes da efetivação de ações de revisão das práticas assistenciais ou implantação de um plano de segurança do paciente, uma vez que os resultados desta mensuração devem subsidiar sua construção (BRASIL, 2014).

Avaliar a cultura de segurança de uma instituição, segundo Leape *et al.* (1998), é o mesmo que “*conhecer o modo como fazemos as coisas por aqui*”. As culturas da culpa e da acusação devem ser transformadas em outra, que divulgue plenamente a informação e que capacite para evitar ou recuperar as falhas cometidas, antes que elas atinjam o paciente.

No Brasil, há uma lacuna nas investigações de mensuração da cultura de segurança do paciente, tanto na abordagem quantitativa, como na qualitativa. As dimensões e as características da cultura de segurança do paciente, na percepção dos profissionais, carecem de avaliação (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Daí a importância de contribuir com o HUMAP conhecendo e mensurando a cultura de segurança do paciente na percepção de seus profissionais. Trata-se de uma importante instituição hospitalar formadora de profissionais da área da saúde. Além disto, esta ação constitui o primeiro passo do PNSP para identificar as áreas com cultura de segurança do paciente fraca ou forte, além dos fatores e das dimensões que determinam estas condições.

A partir destas premissas e levando em conta a escassez de trabalhos brasileiros sobre esta temática, este estudo possui os seguintes questionamentos para investigação: A cultura de segurança do paciente difere entre as áreas assistenciais

do hospital? A cultura de segurança do paciente difere entre as categorias de profissionais da saúde? A cultura de segurança do paciente é mais forte nos profissionais com mais anos de experiência profissional?

Com vistas a responder estas questões, esta pesquisa buscou avaliar a cultura de segurança do paciente estabelecida no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, visando identificar as oportunidades de melhorias, no âmbito da segurança do paciente.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a cultura de segurança do paciente estabelecida no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, na percepção dos profissionais de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Examinar as dimensões da cultura de segurança do paciente por categorias de profissionais e por unidades hospitalares.
- Comparar as dimensões da cultura de segurança do paciente, entre as categorias de profissionais e unidades/áreas hospitalares.
- Analisar a percepção dos profissionais sobre a segurança, confrontando-as com as dimensões da cultura de segurança do paciente.
- Identificar as áreas críticas e as oportunidades de melhoria, no âmbito de segurança do paciente no hospital avaliado.

3 Revisão da Literatura

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 MOVIMENTO MUNDIAL PELA SEGURANÇA DO PACIENTE

A preocupação com a segurança do paciente vem de milhares de anos atrás, quando Hipócrates (460 a 370 a.C.) apontou, dentre os princípios éticos deixados, que “*primum non nocere*” – significava primeiramente “não cause dano”. Desde aquele tempo, o pai da Medicina percebia que os cuidados de saúde humana não estão isentos de falhas por parte dos profissionais (WACHTER, 2013).

No transcorrer da história da humanidade, ao final do século 19, a fundadora da enfermagem profissional, Florence Nightingale, a partir de suas experiências com o sofrimento humano, principalmente nos cuidados com os soldados durante a Guerra da Crimeia, ocorrida em 1854, ensinou que a assepsia nos cuidados aos enfermos e as boas práticas sanitárias controlam a disseminação de infecção e reduzem significativamente as taxas de mortalidade.

Desde aquele tempo, Florence tratava da responsabilidade de segurança do paciente nas instituições hospitalares. Em *Notes on hospitals*, ela descreveu:

Pode parecer um pouco estranho afirmar que o requisito básico de um hospital seja não causar dano ao paciente. Contudo, é extremamente necessário que se estabeleça este objetivo, pois a mortalidade nos hospitais, especialmente naqueles localizados em cidades grandes e superpovoadas, é muito maior do que a observada entre pacientes com doenças similares tratados fora do hospital. (NIGHTINGALE, 1863, p.iii, tradução nossa).

Apesar dos longos anos em que a humanidade viveu no ceticismo sobre a existência de microrganismos como fator determinante de muitas doenças, a medicina evoluiu muito e rapidamente, após as descobertas de Louis Pasteur e Robert Koch (HOLLINGHAM, 2011). Cada um a seu tempo, grandes pesquisadores deixaram suas contribuições para o avanço da qualidade e da segurança da assistência em saúde como: Ignaz Semmelweis, Joseph Lister, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald L. Cochrane, entre outros (BRASIL, 2014).

Dentre estes personagens, destaca-se a proposta pioneira de Ernest Codman, cirurgião norte-americano, que trabalhou em prol da segurança do paciente. No início do século 20, ele anunciou à comunidade científica a importância da evidência

científica e o resultado das intervenções cirúrgicas como parâmetros para justificar aos pacientes a conduta cirúrgica. Este cirurgião sabia que sua proposta poderia identificar os eventos adversos ocorridos durante o período de hospitalização e entendia que isto devia ser de conhecimento do público, mas foi combatido em seu meio profissional, levando-o permanecer em ostracismo (VICENT, 2009).

Em 1918, após a I Guerra Mundial, a *American Surgical Society* (ASA) adotou a proposta inovadora de Ernest Codman, conhecida como “*the end result system standardization*”, ou seja, um sistema de padronização de gerenciamento de resultados para melhoria da assistência hospitalar. Tal padrão foi utilizado até 1952, quando se criou a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), reconhecida como uma das maiores agências de acreditação hospitalar (SHARPE; FADEN, 1998).

Nesse interstício, entre a década de 1950 até 1980, observaram-se, nos registros econômicos dos Estados Unidos e do Reino Unido, pagamentos em processos de litígio que correspondiam a numerários vultosos de indenizações pagas pelas seguradoras daqueles países por erros e lesões iatrogênicas ocorridos em pacientes. Por muitos anos, uma cultura de baixa expectativa foi perpetuada nas práticas assistenciais e, diante das falhas, o clima sempre foi de limpeza do prontuário, como forma de omissão dos erros, eventos adversos e lesões iatrogênicas (VICENT, 2009).

Deve se destacar que, em 1960, devido às questões financeiras e às lesões iatrogênicas relacionadas, foram desenvolvidos, nos Estados Unidos, programas de prevenção das infecções hospitalares. Esta iniciativa demonstrou a preocupação mais formal dos profissionais e das instituições de saúde com a segurança do paciente e a prevenção de infecção hospitalar (THOMPSON, 2009, *apud* KAWAGOE; GONÇALVES, 2013, p. 42.).

Em 1974, na Califórnia, foi realizado um estudo pioneiro pelo professor Don Harper Mills, conhecido como *The medical insurance feasibility study*, que adotou o método de revisão retrospectiva de prontuários para avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais.

No entanto, foi com o estudo retrospectivo do *Harvard Medical Practice Study II*, realizado em 1984, em Nova Iorque, pelo pesquisador Lucian Leape e outros, que a dimensão dos problemas da segurança do paciente hospitalizado se tornou mais conhecida. Uma amostra aleatória de 30 mil prontuários mostrou que 3,7% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente evitável (TRINDADE; LAGE, 2014). Este

estudo de Harvard foi repetido na Austrália, onde foi realizada a revisão de mais de 14 mil prontuários de pacientes assistidos em 28 hospitais em 1995 e, devido às diferenças metodológicas, resultou que 16,6% dos pacientes apresentaram algum tipo de incidente, 13,7% tiveram incapacidade permanente e 4,9%, morte (WEINGART *et al.*, 2010).

A mesma metodologia também foi aplicada em estudo no Reino Unido e outros países, como Portugal e Brasil, com estatísticas semelhantes (SOUSA *et al.*, 2011; MENDES *et al.*, 2009).

No entanto, o maior avanço em estudos, pesquisas e diretrizes relacionado à segurança do paciente aconteceu a partir do relatório *To err is human: building a safer health system*, publicado pelo Institute of Medicine (IOM), em 1999, o qual estimou que entre 44 e 98 mil norte-americanos morressem por ano devido a erros na assistência a saúde.

Este relatório foi um marco no desenvolvimento de medidas que buscaram a melhoria da qualidade do cuidado, com foco na segurança do paciente, pois provocou grande discussão mundial pela mídia e pela sociedade, gerando muitas investigações científicas e de lideranças de gestão, pois este índice de mortalidade ultrapassava as causas de mortes por acidentes automobilísticos, câncer de mama e Aids naquele país (WACHTER, 2013).

O IOM é uma instituição norte-americana privada, porém o relatório *To err is human* resultou na implantação, pelo governo, de uma série de ações, a partir de suas recomendações, visando melhorar o atendimento médico-hospitalar naquele país. Após a publicação desse relatório, vieram outros do IOM e do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI). Estas iniciativas estimularam instituições do mundo todo a implementarem melhorias na segurança do paciente e na qualidade da assistência aos pacientes (KAWAGOE; GONÇALVES, 2013).

No início do século 21, foram criadas agências de segurança do paciente no Reino Unido, Canadá, Austrália e Dinamarca, as quais têm, dentre outras competências, a busca pelo diálogo sobre qualidade e segurança do paciente, entre a OMS e o governo destes países (FRAGATA, 2011)

Diferentemente dos Estados Unidos, no Reino Unido, o governo britânico publicou em 2000 o relatório *An organization with a memory*, coordenado pelo médico-chefe do Sistema de Saúde Britânico, professor Liam Donaldson. Este relatório

ênfatiou o aprendizado com base em áreas como indústrias de alto risco e aviação, no pensamento sistêmico e nas mudanças de cultura de segurança (VICENT, 2009).

Este conjunto de documentos alavancou o movimento mundial pela segurança do paciente, conduzido pela OMS, por meio da campanha *World Alliance for Safety Patient* e, posteriormente, o Primeiro e Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente, que visaram à assistência segura aos pacientes, profissionais e demais usuários dos serviços de saúde.

O movimento mundial da segurança do paciente também pode ser observado na série histórica elencada pela OMS (OMS, 2014):

- 1991: publicados os resultados do *Harvard Medical Practice Study* realizado em 1984.
- 1998: publicado relatório *Errar é humano (to err is human: building a safer health system)* pelo IOM.
- 2000: *An Organization with a Memory*, do *National Health Service (NHS)* do Reino Unido, lançado por L. Donaldson.
- 2002: resolução da 55ª Assembleia Mundial da Saúde (OMS).
- 2004: lançamento da Aliança Mundial para Segurança do Paciente (OMS).
- 2005: lançamento do Primeiro Desafio Global de Segurança do Paciente/OMS - Higienização das Mãos.
- 2009: lançamento do Segundo Desafio Global de Segurança do Paciente/OMS - Cirurgias Seguras Salvam Vidas.
- 2014: lançamento do Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente/OMS - Combater a Resistência Antimicrobiana
- 2016 (maio): lançamento do Quarto Desafio Global de Segurança do Paciente/OMS - Segurança do Paciente em Segurança de Medicamentos.
- 2016 (setembro): 71ª edição da Assembleia Geral da ONU – Discussão do *Global Action Plan on Antimicrobial Resistance*, lançado em 2014.

Na América do Sul, o apoio ao Primeiro Desafio Global para Segurança do Paciente aconteceu em 2007, após acordo dos ministros de saúde dos países componentes do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), quando foi assinada a Declaração de Compromisso na Luta Contra as Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (ANVISA, 2011).

No Brasil, os órgãos de controle de transfusões de sangue e prevenção de infecções hospitalares, assim como os serviços de anestesia, destacaram-se como pioneiros em medidas e práticas seguras que promoveram a segurança do paciente. Vale acrescentar que as inspeções realizadas pela ANVISA, acrescida das avaliações externas de acreditação, têm proporcionado a reorientação, o planejamento e a implementação de medidas de melhoria da qualidade e da segurança do paciente, por parte destas instituições (BRASIL, 2014).

Dentre as ações específicas e voltadas ao campo da segurança do paciente no país, cabe destacar as seguintes iniciativas promovidas pelo Ministério da Saúde: criação da Rede Sentinela, em 2002, e a instituição do NOTIVISA, pela portaria 1.660, de 22 de julho de 2009. A Rede Sentinela busca fortalecer as ações de vigilância sanitária e de gestão de risco sanitário, sustentada em três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde (ANVISA, s.d).

Em meio a este cenário do movimento pela segurança do paciente, o Ministério da Saúde instituiu o PNSP, por meio da portaria MS/GM 529, de 1º de abril de 2013. Este programa tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado nos estabelecimentos de saúde, quer públicos ou privados, no território nacional, e de acordo com agenda política dos Estados membros da OMS e na resolução da 57ª Assembleia Mundial da Saúde, a qual solicitou prioridade à segurança do paciente (BRASIL, 2014).

No mesmo semestre de 2013, o Ministério da Saúde passou a exigir, por meio da RDC 36 da ANVISA de 25 de julho de 2013, dos estabelecimentos de saúde, dentre outras ações de promoção da segurança do paciente, a criação do NSP, para executar o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (ANVISA, 2013).

Para que o PNSP alcance os objetivos propostos, algumas premissas devem ser observadas, como comprometimento dos dirigentes e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS); governança plural, ampla com participação de *expert* na área; apoio

com recursos e estrutura à coordenação gestora e executiva do programa; apoio e contribuição de outros programas e políticas do Ministério da Saúde, principalmente as iniciativas da ANVISA e o programa Rede Sentinela (BRASIL, 2014).

3.2 CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Considerando a diversidade de termos que existe na área da segurança do paciente, torna-se necessário e fundamental, para a compreensão deste estudo, a descrição de alguns conceitos e as definições relacionadas ao tema.

Na última década, tem sido visto um rápido crescimento em pesquisa e ações sobre a segurança do paciente. Havia, no entanto, uma limitação na análise comparativa dos riscos na área, devido à ausência internacional de um conjunto comum de conceitos de segurança do paciente (DONALDSON, 2009). A segurança do paciente era comprometida pelo uso inconsistente de linguagem, pois conceitos semelhantes tinham diferentes termos, e termos iguais são usados para vários conceitos (RUNCIMAN *et al.*, 2009).

Esta diversidade de definições para termos iguais foi constatada em uma pesquisa, que encontrou 17 definições para 'erro' e 14 para 'evento adverso' (RUNCIMAN, 2006). Outra pesquisa de revisão bibliográfica encontrou 24 definições para 'erros' e uma gama de opiniões sobre o que se constitui um erro (ELDER; PALLERLA; REGAN, 2006). Segundo Baptista (2014), a utilização de vários termos para o mesmo assunto atrapalha a comunicação entre os profissionais e entre pesquisadores, além de dificultar a identificação de questões importantes relacionadas à segurança do paciente. Na percepção de Sherman (2009), a falta de uma classificação internacional uniforme de conceitos de segurança do paciente impede os avanços globais, a criação de estratégias de redução do risco e a avaliação de políticas de saúde relacionadas com a segurança do paciente.

Reconhecendo a importância de abordar este problema, a Aliança Mundial da Segurança do Paciente, criada em 2004 pela OMS, instituiu uma comissão de especialistas denominada Grupo de Projeto, com profissionais de todos os continentes. Durante 3 anos, eles realizaram um cuidadoso trabalho e chegaram a um acordo sobre os conceitos relacionados à segurança do paciente (DONALDSON, 2009).

Esse trabalho resultou no desenvolvimento da *International Classification for Patient Safety* (ICPS) e criou, assim, um conjunto padronizado de conceitos, com definições de termos acordados entre os especialistas. O objetivo da ICPS estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (OMS, 2011, p. 2) foi: “permitir a categorização da informação sobre a segurança do doente utilizando um conjunto de conceitos estandardizados com definições aceites, uma terminologia própria e as relações entre eles (...)”.

A ICPS foi projetada para ser uma verdadeira convergência de percepções de especialistas internacionais sobre as principais questões relacionadas com a segurança do paciente, além de facilitar a descrição, a comparação, a avaliação, o monitoramento, a análise e a interpretação de informações, para melhorar o cuidado ao paciente.

A partir da publicação da ICPS, quaisquer pesquisas, programas, protocolos, sistemas de controle ou rastreamento de incidentes na área de segurança do paciente passaram a ter uma linguagem mundial uniformizada e abrangente, abrindo o caminho para os pesquisadores entenderem o trabalho uns dos outros. O grupo do projeto da ICPS ressalta que ela ainda não é uma classificação internacional completa, mas que já fornece uma compreensão razoável da gama de conceitos de segurança do paciente, com a qual as classificações regionais e nacionais podem se identificar (DONALDSON, 2009).

Segundo Sherman *et al.* (2009) quando a ICPS estiver totalmente desenvolvida e concluída, ela deve servir de base para compartilhar o conhecimento necessário à melhoria da assistência e à redução de riscos de danos aos cuidados de saúde aos pacientes.

A estrutura conceitual da ICPS é constituída por dez classes: (1) tipo de incidente; (2) consequências para o doente; (3) características do doente; (4) características do incidente; (5) fatores contribuintes/perigos; (6) consequências organizacionais; (7) detecção; (8) fatores atenuantes do dano; (9) ações de melhoria; e (10) ações para reduzir o risco. Tais classes possuem suas subdivisões hierárquicas, que formam 48 conceitos-chave e os termos preferenciais.

Neste sentido, estão descritos, a seguir, alguns conceitos de termos dentre as definições estabelecidas na taxonomia da ICPS e relevantes para esta pesquisa.

Compreende-se por segurança do paciente a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável. Por

mínimo aceitável deve-se entender a soma do conhecimento técnico, dos recursos disponíveis e do contexto em que os cuidados são prestados, em oposição ao risco do não tratamento (OMS, 2011).

Para a ICPS, os incidentes são eventos ou circunstâncias que podem resultar, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente. Já o dano associado ao cuidado de saúde está conceituado, segundo a ICPS, como aquele resultante de, ou associado a ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não de uma doença ou lesão subjacente (WHO, 2007).

Nos desfechos do dano para o paciente, a ICPS também estabeleceu uma classificação para o grau de dano (nenhum, leve, moderado, grave e óbito), o qual se aplica aos tipos de incidentes: circunstância de riscos, quase-erros, incidente sem dano e evento adverso.

De acordo com a ICPS, os cuidados de saúde podem ser compreendidos como serviços prestados pelos profissionais de saúde e seus agentes que pretendem: promover a saúde; prevenir doença e dano; monitorizar saúde; realizar manutenção da saúde; e tratar doenças, disfunções, e danos para obter cura ou, caso tal seja impossível, conforto e funcionalidade (OMS, 2011).

Para a JCAHO (1998), o conceito de cuidado de saúde é mais abrangente, pois é prestado a indivíduos ou à comunidade, por agentes dos serviços de saúde ou por profissionais de saúde, sem se limitar apenas à assistência médica, que implica em ação terapêutica por um médico ou sob sua supervisão.

Cuidado seguro, segundo a ICPS, implica tomada de decisões clínicas baseadas em evidências, para maximizar os resultados de saúde do indivíduo e, por outro lado, minimizar o potencial para o dano (ASPDEN *et al.*, 2004).

Para a cultura de segurança do paciente, a ICPS apresentou quatro conceitos de diferentes autores, o que pode ser interpretado como uma falta de consenso deste conceito entre os especialistas da área (OMS, 2011). Já para a cultura justa, a ICPS apresenta apenas a definição do *Council of Europe* de que se trata de “um ambiente organizacional que visa equilibrar a necessidade de aprender com os erros e a necessidade de tomar medidas disciplinares” (OMS, 2011, p. 110).

Por fim, a ICPS apresenta um quadro de definições de 48 conceitos relevantes para a segurança do paciente e suas relações um com o outro, representando, assim, o começo para um processo contínuo de melhoria no entendimento internacional comum de termos e conceitos na área.

3.3 A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Em uma pesquisa bibliográfica realizada, nas bases de dados *MEDical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Web of Science* e nos portais *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (CAPES), *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), abrangendo apenas estudos de revisão de literatura publicados no período compreendido entre 2009 e 2015, foi possível identificar três estudos de revisão de literatura e três pesquisas de revisão sistemática.

Ambos os tipos de estudos de revisão bibliográfica, possuem objetivos semelhantes: definir e distinguir a cultura e o clima de segurança do paciente; e as teorias que identificam as dimensões e as ferramentas de avaliação da cultura de segurança na área da saúde (HALLIGAN; ZECEVIC, 2010).

Na análise destes estudos de revisão bibliográfica, a cultura de segurança na área da saúde foi reconhecida como estratégia fundamental para a melhoria da segurança do paciente, apesar da baixa força de evidência e da heterogeneidade dos resultados (SAMMER *et al.*, 2010; ROBB; SEDDON, 2010; NASCIMENTO, 2011; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; WEAVER *et al.*, 2013; XUANYUE *et al.*, 2013).

Outro aspecto apontado nestas revisões foi que a cultura de segurança ainda não parece definida para os profissionais da saúde. Há também uma discordância entre os pesquisadores sobre a forma como a cultura deve ser caracterizada, (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

No entanto, nas últimas décadas, observa-se que os sistemas e os processos organizacionais da área da saúde absorveram cada vez mais diversas e novas tecnologias nos cuidados aos doentes, tornando crescente o interesse de pesquisadores, profissionais e gestores de saúde em ações de melhoria da qualidade e segurança do paciente (REIS, 2014).

Neste contexto do século 21, a cultura de segurança do paciente ganhou interesse crescente e atenção mundial das instituições avaliadoras em saúde, na pauta de metas e ações da OMS pela segurança do paciente, com o propósito de garantir e promover cuidados de saúde em ambientes terapêuticos mais seguro às pessoas.

A princípio, o termo 'cultura de segurança' surgiu na aviação comercial, após a colisão de duas aeronaves 747, em Tenerife, nos Estados Unidos, em 1977, que deixou 583 passageiros mortos, devido a falhas de comunicação entre pilotos e

controladores de voos. Este trágico acidente aéreo apontou, para os profissionais do ramo da aviação comercial, os riscos associados a gradientes de autoridade ou hierárquicos, excessivos e inflexíveis. “Níveis gradientes de autoridade ou hierárquicos”, segundo Wachter (2013), consistem na distância psicológica entre os profissionais da ponta e seu supervisor.

No entanto, o conceito de cultura de segurança passou a ser incorporado pela gestão de riscos industriais e outras áreas, após o acidente nuclear de Chernobil, na União Soviética, em 1986. Esta catástrofe explicou ao mundo a importância da cultura de segurança, e os impactos de fatores gerenciais e humanos sobre o resultado do desempenho da segurança em atividade de risco (CHEVRAU, 2008).

Estes acidentes asseguraram à viação comercial e à indústria nuclear um recorde memorável de segurança. A maioria de seus profissionais atribui a criação da cultura de segurança à diminuição do gradiente de autoridade entre os membros das equipes destas áreas (WACHTER, 2013).

A partir destes e de outros trágicos acidentes aéreos e nucleares, e dos casos de erros associados aos cuidados em saúde nos Estados Unidos, como, por exemplo, das pacientes Josie King e Betsy Lehman, as organizações de saúde, passaram a entender também o quanto uma cultura de segurança, comunicação e trabalho em equipes frágeis contribui para a gênese de incidentes e erros (WACHTER, 2013).

Na área da saúde, o termo ‘cultura de segurança’ surgiu no final do século 20, após a publicação do relatório *To err is human*. Este relatório ressaltou a importância da segurança do paciente como uma prioridade nas políticas públicas e apontou também ações para mudança da cultura de segurança nos serviços de saúde em 1999 (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Para Nascimento (2011), *To err is human* chamou a atenção dos governantes para que a segurança do paciente se tornasse parte integrante e prioritária das políticas públicas de saúde, para melhoria da qualidade da assistência aos pacientes e para uma mudança de paradigma cultural da segurança do paciente na área da saúde.

O relatório *To err is human* também destacou dois aspectos relevantes: a necessidade de fortalecimento da cultura de segurança pelos gestores das organizações de saúde, e a importância de considerar a aplicação dos procedimentos e técnicas de segurança adotadas pelas Organizações de Alta Confiabilidade (OAC) (REIS, 2013). Uma OAC deve possuir de três a quatro características relevantes de

segurança: preocupação com as falhas, compromisso com a resiliência, sensibilidade às operações e cultura de segurança elevada (WEICK; SUTCLIFFE, 2007).

Estas experiências das OAC, como aviação, energia nuclear, engenharia espacial, civil e outras, influenciaram na área da saúde, na compreensão que se tem atualmente da gestão de risco, segurança hospitalar e o conceito de cultura de segurança do paciente (Vicent, 2009).

Objetivando definir cultura de segurança, Guldenmund (2000) identificou 17 conceitos diferentes e, destes, 29% eram provenientes da área de energia nuclear. Prevaleceu o conceito proposto pela *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations* (ACSNI) para cultura de segurança.

Neste sentido, Nieva e Sorra (2003) afirmam que o conceito proposto pela ACSNI pode ser adaptado para o contexto de segurança do paciente nos serviços de saúde como um produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos individuais e de grupo, os quais determinam a gestão de segurança do paciente nas organizações de saúde.

Este conceito foi adotado pela OMS em 2009 e também é apresentado em muitos documentos da *Health and Safety Commission* (HSC). Tal definição foi concebida originalmente pela ACSNI, que capta muito bem, segundo Vicent (2009, p. 203), as características da cultura de segurança:

A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento tanto individuais como coletivos, que determinam o compromisso, o estilo e a facilidade de execução de programas de saúde e segurança organizacionais. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicação baseada na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas.

Mais do que palavras, o conceito de cultura de segurança do paciente adotado pela OMS tem o propósito de estimular as organizações de saúde à construção de uma cultura de segurança positiva, que se caracterize por uma comunicação aberta e de confiança mútua entre os pares, na qual todos devem perceber a importância da segurança e reconhecer a eficácia das medidas preventivas aos danos.

O programa brasileiro de segurança do paciente, instituído pela portaria MS/GM 529/2013, compreende a cultura de segurança em cinco características:

“(1) uma cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; (2) uma cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; (3) uma cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução de questões de segurança; (4) uma cultura que incentiva a aprendizagem organizacional com os eventos adversos; (5) uma cultura que propociona recursos, estrutura e responsabilidade apropriados para a manter sistemas de segurança eficazes.” (BRASIL, 2013)

Esta categorização da cultura de segurança do paciente, assegurada no PNSP, aproxima-se da tipologia tripla da cultura organizacional proposta por Westrum (2004), que foi mais tarde adaptada para a cultura da segurança em saúde por Hudson (2003, p. i9), o qual, por sua vez, tratou de ampliá-la e criou um modelo de cinco estágios de maturidade da cultura, representando uma evolução na cultura de segurança assim definidos:

1. Patológica: neste estágio a segurança é um problema causado pelos profissionais; é norteadada pelos negócios e a preocupação com a segurança, traduz-se em não ser descoberto pelo agente regulador.
2. Reativa: as organizações começam a tratar a segurança como algo sério, mas ações corretivas são implementadas somente após a ocorrência de incidentes.
3. Calculada: a segurança é gerenciada por sistemas administrativos, com a utilização de coleta de dados, melhorias são impostas pelos gerentes.
4. Proativa: os funcionários da organização passam a ter iniciativas para a melhoria da segurança, diferentemente de uma abordagem meramente horizontal; ocorre a melhoria dos processos.
5. Participativa: ocorre a participação ativa dos funcionários de todos os níveis; a segurança é vista como parte inerente do negócio.

Seguindo este raciocínio dos tipos de cultura de segurança, pode-se acrescentar o pensamento de Fragata (2011), segundo o qual a criação da cultura de segurança é determinada por vários elementos, a saber: valores partilhados, valores individuais e de grupo, comunicação aberta, aceitação da vulnerabilidade, consciência do risco, política de discussão de eventos, cultura justa ou responsabilização sem culpa, aprendizagem com erros e resiliência em matéria de segurança. Por outro lado, estudiosos de segurança do paciente, como Runciman *et al.* (2009), Reason (2004) e Reis (2013), destacaram a cultura de segurança como um dos fatores contribuintes ao cuidado inseguro nas intervenções assistenciais de saúde relacionados ao sistema (organização, cultura e ambiente de trabalho). Para a OMS (2011), os fatores

contribuintes aos cuidados inseguros são aqueles relacionados ao próprio paciente; os fatores humanos relacionados aos profissionais; os fatores ambientais relacionados ao sistema onde se encontra a cultura de segurança; e os fatores externos aos serviços de saúde.

Nieva e Sorra (2004) afirmam que é crescente a crença de que a capacidade de uma instituição evitar danos se dá quando ela é capaz de criar uma cultura de segurança entre seus trabalhadores. Eles ainda reforçam que a mudança de cultura é necessária para garantir que as inovações introduzidas, que visam tornar os cuidados mais seguros aos pacientes, realmente atinjam seu potencial.

Por outro lado, estudos sobre a cultura de segurança do paciente ainda apontam fortemente a existência da cultura da culpa, do silêncio ou da vergonha diante da falha humana na área da saúde. Este cenário, de acordo com Vicent (2009), tem levado muitos profissionais e instituições a aceitarem o convite de Leape *et al.* (1998, p. 1448):

(...) junte-se a nós para transformar a cultura da culpa e da acusação, que esconde informação sobre o risco e o erro, em uma cultura da segurança, que divulgue plenamente a informação e nos capacite a evitar ou rapidamente nos recuperar das falhas cometidas antes que elas se transformem em lesão ao paciente.

Neste contexto, James Reason (2000) propôs duas formas de analisar o erro: uma é a abordagem do sujeito (*person approach*) como único responsável pelo cuidado inseguro, e a outra é do sistema (*system approach*), que reconhece a vulnerabilidade das pessoas e, conseqüentemente, que falhas são esperadas em organizações complexas e de alto risco.

O movimento moderno da segurança do paciente substitui o 'jogo da culpa e vergonha' pela abordagem do pensamento sistêmico, sustentado no modelo do queijo suíço proposto por Reason (2000) para explicar a origem dos acidentes organizacionais em sistemas de alta tecnologia e complexidade (WACHTER, 2013).

Este modelo faz uma analogia aos furos do queijo suíço com as falhas no sistema de segurança, sendo que quanto maior a quantidade de furos e mais alinhados estiverem, maior a possibilidade de ocorrência de erros. Os furos neste modelo (Figura 1) são como as falhas no sistema ou no processo de trabalho de várias áreas de risco e, para Reason (2000) a criação de protocolos, *checklist* ou diretrizes

é uma barreira de segurança que contribui para o não alinhamento dos furos e, consequentemente, ajuda na redução de falhas humanas.

Figura 1. O modelo do “queijo suíço” de acidentes organizacionais de James Reason

Fonte: Adaptado de Reason J. Human error: models and management. British Medical Journal, v.320, n.7237, p.768-770, 2000.

Na concepção de Fragata (2011), este modelo, tem como premissa o fato de os erros serem causados por pessoas boas, trabalhando em maus sistemas ou organizações com mau desenho de segurança.

Diante da ocorrência do erro na abordagem sistêmica, o importante é identificar como e por que os sistemas de defesa falharam, e não apenas culpar e responsabilizar o indivíduo como única causa do erro (NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010). Esta abordagem tem fundamentação na “premissa de que não se pode mudar a natureza humana, mas (...) é possível mudar as condições em que as pessoas trabalham” (REASON, 2000, p. 769).

Este novo paradigma na abordagem sistêmica do erro concebido por Reason tem fortalecido as discussões e norteado as diretrizes de metas internacionais e políticas públicas, voltadas para a criação de uma cultura justa de segurança do paciente, diante da ocorrência de erro, e na prevenção deste no interior das organizações de saúde.

Há, ainda, uma questão importante a ser destacada, que diz respeito às diferentes taxonomias da cultura de segurança nos estudos encontrados sobre o tema (ZHANG *et al.*, 2002; FLIN *et al.*, 2006; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011). Nestas literaturas, o termo ‘clima de segurança’ é encontrado como sinônimo ou como intercambiável em relação ao termo ‘cultura de segurança’ do paciente. O termo ‘clima de segurança’ é definido por Gaba *et al.* (2003) e Colla *et al.* (2005) como as características superficiais da cultura em um dado momento no tempo, de acordo com as atitudes e as percepções dos indivíduos; em outras palavras, trata-se de uma fotografia do estado de segurança.

O conceito de cultura de segurança do paciente ainda está em processo de construção entre os pesquisadores do tema, mas já se percebe que há um consenso sobre suas características, as quais emergiram do conceito de cultura organizacional articulada pelos *experts* da administração, como determinante do alto desempenho das organizações empresariais (VICENT, 2009). Ainda, fora da área da saúde, a expressão clima de segurança é a manifestação superficial da segurança, e seu uso é maior no setor industrial (VICENT, 2009).

Neste estudo, a preferência da pesquisadora é pelo termo ‘cultura de segurança’, que se alinha à perspectiva da teoria da cultura organizacional.

3.4 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O cenário mundial da área da saúde tem demonstrado muito empenho, tanto das organizações internacionais de saúde e das agências de acreditação, como das políticas de governo em vários países, para o estabelecimento de metas e ações globais de segurança do paciente, visando à redução ao mínimo possível dos riscos e danos provenientes dos cuidados com saúde.

Dentre os objetivos dessas metas e ações globais para segurança do paciente propostas pela OMS, encontra-se o fomento para criação de organizações de saúde com maior confiabilidade. Para tal, é necessário conhecer, avaliar e melhorar a cultura de segurança nestas organizações.

Avaliar a cultura de segurança de uma instituição é o mesmo que conhecer “o modo como fazemos as coisas por aqui” (Leape *et al.*, 1998). Esta memorável afirmação encontrou reforço no estudo de Nieva e Sorra (2004), ao reiterarem que,

antes de transformar uma cultura de segurança, é importante, primeiramente, compreendê-la. Para estas autoras, as organizações de saúde podem ter múltiplas razões para realizarem avaliações da cultura de segurança. Tais avaliações da cultura de segurança podem ser usadas para diagnosticar a cultura de segurança e identificar áreas a serem melhoradas, além de aumentar a conscientização sobre segurança do paciente; avaliar as intervenções ou programas de segurança do paciente, e monitorar a mudança ao longo do tempo; estabelecer parâmetros (referências) interno e externo; e preencher as diretivas ou os requisitos de regulamentação.

Estes aspectos e motivos justificam as avaliações da cultura de segurança, que também são importantes para medir as condições das organizações de saúde que determinam a ocorrência de eventos adversos, com ou sem dano aos pacientes (MELO, 2011).

Hellings *et al.* (2007) consideraram que o primeiro estágio de desenvolvimento, implantação ou melhoria de uma cultura de segurança, em uma organização de saúde, ocorre por sua avaliação. Também reconheceram que aspectos significativos da cultura precisam ser melhorados nos hospitais avaliados, mas que este é um desafio importante para todos os interessados que desejam melhorar a segurança do paciente.

Tais aspectos têm determinado que as organizações internacionais de acreditação exijam das instituições de saúde a realização de processos avaliativos sobre a cultura de segurança do paciente. Assim, é possível obter uma visão clara dos aspectos de segurança dos pacientes que necessitam de atenção maior, identificando as áreas com cultura de segurança fraca ou forte (SMITS, 2009).

As avaliações da cultura de segurança são também estratégias que podem empurrar para frente a agenda da segurança, e estimular os profissionais e gestores no engajamento e no desenvolvimento de um programa ou sistema de segurança das organizações de saúde. Produzir e manter a cultura de segurança é sempre um processo contínuo, sistemático e demorado, pois o trabalho e a avaliação para melhorar a cultura de segurança nunca findam (VICENT, 2009).

Estudo de revisão qualitativa da literatura realizado por Sammer *et al.* (2010) concluiu que a cultura de segurança é um fenômeno complexo, mas não claramente compreendido pelos líderes de hospitais, o que dificulta sua operacionalização. Indicou também que a melhor forma de buscar sua melhoria é iniciando a avaliação.

Esta perspectiva de avaliação da cultura de segurança também é reforçada no estudo de El-Jardali *et al.*, realizado no Líbano, em 2010. Os autores afirmaram que, para facilitar a mudança de comportamentos culturais e a gestão hospitalar, deve-se iniciar pela avaliação do sistema de segurança.

Deve-se ainda fornecer aos seus profissionais de saúde uma formação curricular abrangente sobre os conceitos de segurança dos pacientes, ferramentas e implementações.

Apesar de ser possível avaliar a cultura de segurança em uma organização de saúde observando-se diretamente o comportamento dos prestadores de cuidados, o método mais utilizado na atualidade é a abordagem epidemiológica quantitativa, que utiliza questionários de autopreenchimento, aplicados como instrumentos de pesquisa (NASCIMENTO, 2011; WACHTER, 2013; REIS, 2013). Estes questionários de avaliação da cultura de segurança são classificados como instrumentos de avaliação psicométrica. De acordo com Pasquali (2009), a psicometria explica ou dá um sentido para as respostas concedidas pelos participantes sujeitos a uma lista de itens questionados, sobre determinada tarefa ou dimensão. A psicometria representa a teoria e a prática de se medirem os processos mentais, sendo comumente aplicada à área da psicologia comportamental, e fundamenta-se na teoria do método científico com desenho quantitativo, tendo este a vantagem sobre a observação direta, pelo fato de representar o conhecimento do objeto de estudo com maior precisão do que a utilização de linguagem verbal para descrever o fenômeno observado.

Atualmente, os dois instrumentos mais conhecidos e mais aplicados mundialmente são o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (Anexo A), da AHRQ, cujo título foi traduzido como *Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais* (Anexo B), e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Estes instrumentos já foram traduzidos transculturalmente e validados no Brasil (COLLA *et al.*, 2005; SORRA, NEIVA, 2004; CARVALHO, 2012; REIS, 2013).

O grande benefício de utilizarem tais instrumentos é que eles já foram validados em outros países e aplicados em milhares de prestadores e gestores em saúde. Os resultados destas avaliações são surpreendentes e reveladores, pois apontam que a cultura de segurança é um fenômeno local e que varia amplamente entre os prestadores de serviços, assim como é percebida de maneira diferente entre os profissionais da saúde (WACHTER, 2013).

A avaliação da cultura de segurança torna-se um ponto de partida para estabelecer o diagnóstico e o planejamento de ações que busquem as mudanças na organização, visando reduzir a incidência de eventos adversos e garantir uma assistência mais segura (REIS, 2013).

Sabe-se que apenas conhecer como ‘as coisas são feitas em uma organização’ não é suficiente para provocar mudanças; é importante identificar os pontos fortes e fracos da cultura de segurança, principalmente por unidades de internação do hospital. Deste modo, a proposta deste projeto de pesquisa é aplicar o HSOPSC no estudo de validação do referido instrumento para o contexto brasileiro, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) (REIS, 2013).

3.5 PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS

Com o incentivo do movimento global provocado pela OMS em 2004, por meio da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, muitas pesquisas surgiram, objetivando medir a cultura de segurança nas organizações de saúde, por meio da aplicação de instrumentos de mensuração da cultura de segurança (CARVALHO, 2011).

No entanto, o interesse pela questão já existia entre os pesquisadores da área bem antes do movimento global da OMS, como se constata no estudo de revisão bibliográfica de Halligan e Zecevic (2011), que encontrou pesquisas sobre as dimensões de cultura de segurança do paciente publicadas em 1980 em várias bases de dados na língua inglesa.

A partir das pesquisas de revisões sistemáticas, cujo período de busca foi de 1980 a 2012, constatou-se o uso predominante de questionários psicométricos como ferramentas para medir a cultura de segurança do paciente, bem como o esforço da comunidade científica em conceituar, caracterizar e identificar uma tipologia da cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar, desde a década de 1980 (COLLA *et al.*, 2005; SAMMER *et al.*, 2010; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; NASCIMENTO, 2011; WEAVER *et al.*, 2013; e XUANYUE *et al.* 2013).

A pesquisa realizada por Colla *et al.* (2005) encontrou nove instrumentos que avaliavam o clima de segurança nas organizações de saúde: *Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety* (SLOAPS), *Patient Safety*

Cultures in Healthcare Organizations (PSCHO), *Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire* (VHA-PSCQ), *Culture of Safety Survey* (CSS), *SAQ*, *Safety Climate Survey* (SCS), *Medication Safety Self Assessment®* (MSSA), *Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey* (HTSSCS) e HSOPSC. Todos estes instrumentos utilizam escala do tipo Likert principalmente para medir a atitude dos indivíduos, e quase todos os instrumentos contemplavam cinco dimensões comuns: liderança, políticas e procedimentos, pessoal, comunicação e notificação de eventos.

Dentre estes instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente, o HSOPSC foi validado e aplicado em países como os Estados Unidos e em vários países da Europa, Ásia, Oceania e na América Latina, por sua abrangência pluridimensional (Sarac *et al.*, 2011).

O HSOPSC possui múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente, e foi transculturalmente traduzido e validado para uso nas organizações brasileiras de saúde, de modo que optou-se por sua aplicação também nesta pesquisa. Outro aspecto importante, é que ele atende os objetivos deste projeto de pesquisa ao buscar diagnosticar o estado de segurança do paciente com finalidade de identificar as áreas que possam apresentar riscos de danos para ele, uma vez que tem um vasto leque de domínios culturais específicos das áreas da cultura de segurança do paciente (Sorra; Neiva, 2004).

O estudo de adaptação do questionário HSOPSC à realidade brasileira apresentou resultado com nível muito bom e aceitável, na confiabilidade da consistência interna do instrumento, com coeficiente alfa de Cronbach alto ($\alpha=0,91$) para todas as dimensões (Reis, 2013).

Elaborado por uma organização de pesquisa privada, sob contrato de financiamento da AHRQ, o HSOPSC contou também com o apoio da *Quality Interagency Coordination Task Force* (QuIC), uma agência federal dos Estados Unidos envolvida na melhoria da qualidade do atendimento em saúde (Sorra; Nieva, 2004). A missão da AHRQ é produzir evidências científicas, por meio de investigação biomédica, para tornar a saúde mais segura, com mais qualidade, mais acessível e equitativa (AHRQ, 2014).

O desenvolvimento do HSOPSC pelos pesquisadores responsáveis teve uma série de etapas preliminares, iniciando por uma ampla revisão na literatura em áreas relacionadas com gestão da segurança, clima e cultura organizacional, erros médicos, relatórios de eventos, acidentes nas indústrias nucleares e na saúde. Os

pesquisadores também utilizaram outros instrumentos existentes e conduziram entrevistas com os funcionários de hospitais (AHRQ, 2014). Para considerar o HSOPSC concluído e apto para uso, seus autores realizaram um teste piloto com mais de 1.400 funcionários de 21 hospitais nos Estados Unidos e, posteriormente, ele foi revisto, sendo mantidos somente os melhores itens da escala Likert. Com isso, o resultado da aplicação do HSOPSC apresentou boas propriedades psicométricas para os itens incluídos (SORRA; NIEVA, 2004). A versão final foi apresentada com ênfase nos aspectos da segurança do paciente no nível da unidade e do hospital, bem como nos relatórios e nas notificações dos eventos adversos.

Flin *et al.* (2006) evidenciaram que apenas o HSOPSC foi submetido à análise fatorial para testar as dimensões e as subescalas, apresentando dados ajustados e bons coeficientes de alfa de Cronbach, quando comparado com outros questionários de mensuração da cultura de segurança do paciente.

No guia do questionário para o usuário (*User's Guide*), as autoras Sorra e Nieva (2004) reforçaram o conceito de cultura de segurança do paciente, já expressado pela ACSNI em 1993, indicando sua compreensão como um produto dos valores individuais e de grupo que repercutem no estilo e na gestão da saúde e segurança de uma organização.

As versões originais em inglês e espanhol do questionário HSOPSC e do *User's Guide* estão disponíveis ao público, no *site* da AHRQ (AHRQ, 2014). Desde 2004, centenas de instituições hospitalares, tanto americanas, como de outros países, têm adaptado e aplicado este instrumento. Devido à essa vasta aplicação do HSOPSC e aos inúmeros pedidos de hospitais interessados em comparar seus resultados com os de outras instituições, a AHRQ desenvolveu um banco de dados comparativo sobre a pesquisa desde 2006, no qual foram incluídos dados de 382 hospitais americanos; anualmente, ela publica o relatório aos usuários (AHRQ, 2014).

Para o relatório da pesquisa de 2014, a AHRQ recebeu dados de 653 hospitais. A taxa média de resposta foi de 54%, com média de 621 questionários aplicados por hospital. A maioria (76%) utilizou-se de aplicação pela *internet*, mas teve taxa de resposta baixa (54%) quando comparada à das respostas no papel (69%) (AHRQ, 2014).

As três áreas ou fatores de cultura com porcentual médio mais elevado com respostas positivas foram o trabalho em equipe dentro das unidades (81%), as ações e expectativas promotoras da segurança (67%), a aprendizagem organizacional e

melhoria contínua (73%). Já as áreas com menores respostas positivas foram resposta não punitiva ao erro (44%), passagens de plantões e transferências (47%) e profissionais (55%) (AHRQ, 2014).

Buscando orientar estes hospitais avaliados sobre os próximos passos que devem tomar para transformar seus resultados em melhoria real da cultura de segurança do paciente, a AHRQ (2014) propôs que: entendam seus resultados de pesquisa; divulguem e discutam tais resultados; desenvolvam planos de ação focados; comuniquem-se os planos de ação bem como os resultados; implementam os planos de ação e acompanhem seu progresso; e avaliem o impacto, compartilhando o que funciona.

Estes passos propostos pela AHRQ reforçam o que muitos estudiosos em segurança já expressam: todo e qualquer exame da cultura de segurança deve vir acompanhado de uma proposta de sua melhoria, com vistas a fortalecer as áreas que apontam uma frágil cultura de segurança do paciente na organização avaliada.

4 Referencial Teórico

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa aproximou-se de alguns marcos teóricos das áreas das ciências sociais e da administração, como a cultura organizacional, a liderança e a cultura de segurança (a seguir descritos), para utilizá-los e melhor interpretar a cultura de segurança do paciente, na percepção dos profissionais da instituição hospitalar investigada.

4.1 CULTURA ORGANIZACIONAL DE SEGURANÇA E LIDERANÇA

O primeiro passo para o entendimento da cultura organizacional é descrever, em linha geral, as organizações formais, desde o surgimento ao contexto atual, para definir a cultura das organizações formais.

As organizações existem formalmente há muito tempo na sociedade. As primeiras que surgiram foram as militares, as religiosas e as governamentais. Todas as grandes transformações sociais na história têm sido essencialmente baseadas em organizações: a ascensão do Império Romano, a propagação do Cristianismo, o crescente desenvolvimento do capitalismo e do socialismo, e a globalização econômica (HALL, 2004).

Com o advento da Revolução Industrial, no século 17, surgiram, na sociedade, as empresas nos três setores específicos da economia: o público, o privado e o terceiro setor. Assim, quase nada na sociedade pode ser visto e analisado sem a consideração e a compreensão dos contextos organizacionais (DIAS, 2013).

O termo 'organização' tem origem da palavra grega *organon*. Para este povo, *organon* significava ferramenta' ou 'instrumento', dando a ideia de algo para realizar determinadas tarefas. Entretanto, com o surgimento das máquinas e o processo de industrialização, este conceito de organização e suas características foram ampliados.

Neste sentido, Renis Likert (1975 p. 211) afirma que "toda organização é um empreendimento humano cujo sucesso depende dos esforços coordenados de seus membros". Este pesquisador e psicólogo organizacional compreende que organizações possuem diversos e importantes processos e características, sendo interdependentes e inter-relacionados, pois possui uma estrutura administrativa com processos de tomada de decisão e de comunicação.

Na contemporaneidade, há diferentes definições de organizações entre os estudiosos de administração, mas todas têm aspectos convergente com a características apresentadas por Likert, como, por exemplo, as identificadas por Dias (2013, p. 17): “a) são sistemas sociais; b) as pessoas se associam para cooperar; c) perduram ao longo do tempo; d) têm identidade própria; e) têm sistema de comunicação; g) adotam a divisão do trabalho; h) apresentam alguma hierarquia que assegura uma coordenação adequada”.

Dias (2013) compreende que, em qualquer organização, existem relações informais, que não aparecem na estrutura formal e nem nos organogramas. Há também um conjunto de hábitos, práticas e costumes correspondente a valores compartilhados por toda organização, os quais estão inseridos na cultura própria da organização, mas que não identificamos analisando apenas a estrutura formal de uma organização. Na percepção deste autor, toda organização possui uma cultura própria, a qual é compreendida como organizacional e muito explicada pela área de administração, que a constrói de acordo com um modelo antropologicamente profundo e complexo.

A cultura organizacional tem sido um tema de considerável debate acadêmico nos últimos 30 anos entre os teóricos das ciências sociais, na busca por um conceito, diante das novas formas de organizações e dos imperativos estratégicos, como fusões globais, transparência na gestão, responsabilidade social, e flexibilidade e sustentabilidade das organizações formais (SCHEIN, 2009; MASCARENHAS, 2010).

Assim, o conceito da cultura organizacional teve uma evolução dinâmica ao longo do tempo, e seus estudos encontram-se ancorados em paradigmas da antropologia social, da sociologia, da psicologia e das ciências políticas, influenciando na criação de dois blocos teóricos, com diferentes abordagens da cultura. O primeiro bloco percebe a cultura organizacional como um sistema sociocultural, no qual os componentes sociais e estruturais estão integrados à dimensão simbólica e ideológica da organização. O segundo a percebe como um sistema de ideias, no qual ela não representa apenas uma rede de padrões comportamentais, mas um conjunto de mecanismos de controle para modelar tais comportamentos (BARRETO *et al.* 2013).

Para Edgar Schein (2009), nestes blocos de debate teóricos há várias abordagens para definir e estudar a cultura, como as abordagens de Trice e Beyer (1991), e de Cameron e Quinn (1999). Isto atesta a importância da cultura como um

conceito, mas se deve ter cuidado para que as definições não sejam evasivas e os usos, inconsistentes.

Embora existam outros modelos teóricos de cultura organizacional, a opção, nesta pesquisa, foi pelo proposto por Schein (1985, p. 9) no qual, ele já descrevia a cultura organizacional como

(...) um conjunto de pressupostos básicos, que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna, que funcionam bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados aos novos membros, como forma de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas.

Na terceira edição de seu clássico *Cultura organizacional e liderança*, Schein (2009) ampliou sua teoria sobre cultura organizacional argumentando que, a noção de aprendizagem cultural dos grupos organizacionais ressurgiu com vigor considerando os novos compromissos internos e externos das instituições. Em sua concepção, qualquer unidade social que tenha tido algum tipo de história compartilhada deve ter uma cultura organizacional desenvolvida.

Para este teórico da gestão organizacional, a cultura de uma organização pode ser caracterizada e assimilada por três níveis fundamentais, inter-relacionados e de profundidade crescente, a saber:

- a) artefatos visíveis: constituem-se no primeiro nível da cultura. São as artificialidades observáveis, entendidas como estruturas e processos palpáveis ou concretos, que são vistos, ouvidos e sentidos, como os produtos, marca, serviços, *slogan* e comportamento dos membros de uma organização, e são difíceis de decifrar;
- b) crenças e valores expostos: são considerados artefatos que governam o comportamento das pessoas, como as estratégias, metas e as filosofias relevantes que se tornam importantes para os membros e que justificam os comportamentos deles;
- c) suposições básicas ou pressupostos inconscientes: constituem-se no nível mais profundo e referem-se às crenças, às percepções, aos pensamentos e aos sentimentos inconscientes, assumidos como verdadeiros, nos quais as pessoas creem, mesmo que não estejam escritos e nem sejam falados. (SCHEIN, 2009, p. 24)

Segundo Schein (2009) quando se descreve uma cultura de uma organização, estão também sendo descritos os conceitos que preservam as lições aprendidas; o valor derivado destes conceitos, que dita como a organização deve agir, criar *slogan*

ou marcas visíveis; e as atividades que incorporam os valores compartilhados, que dão consistência a tais conceitos nas organizações.

Reconhece-se, assim, que a cultura organizacional permeia todas as unidades, subunidades e níveis de uma organização. Isto provoca forte influência no comportamento dos profissionais e em suas relações de trabalho destes com os gestores, chegando até a definição de políticas e ações de uma organização (SCHULZ, 2001; SORENSEN, 2002).

De acordo com Kurcgant e Massarollo (2016), a assimilação da cultura de uma organização torna-se uma tarefa complexa, principalmente quando se considera que cultura não é um fenômeno estático, uma vez que está exposta à dimensão psicossocial dos membros da organização, os quais constantemente percebem, interagem e transformam a realidade em se vive e trabalha.

Dentre as dimensões da cultura organizacional, destaca-se o estudo das tipologias da cultura. Segundo Schein (2009), as tipologias simplificam o pensamento, refletem a teoria organizacional e fornecem categorias para estudo e escolha das complexidades das organizações.

A tipologia de cultura organizacional projetada por Schein (2009) possui três tipos: cultura do operador, cultura de engenharia e cultura executiva. Ela apresenta características e elementos de suposições de subculturas organizacionais, mais adequadas e próximas às organizações de saúde, uma vez que faz distinção entre o trabalho braçal e o administrativo.

Outra tipologia que pode servir como uma referência para o estudo da cultura organizacional é apresentada por Dias (2013). Trata-se de uma cultura orientada para: o poder, a função, a tarefa ou resultado, as pessoas, o processo, a inovação e a equipe.

Segundo Cavedon (2010), esta preocupação em classificar e gerenciar a cultura nas organizações tornou-se uma panaceia na área da administração, mas ainda não é bem aceita pelos antropólogos. Na percepção destes, não se deve fazer nenhuma interferência em uma cultura. Neste sentido, Morgan (1996) compartilha o mesmo pensamento, ao enfatizar que, para desvendar uma cultura organizacional, deve-se prestar atenção ao seu caráter essencialmente humano e não utilizar as descobertas para controlar ou manipular.

Estes aspectos humanos, sociais e políticos devem ser respeitados quando se propõe desvelar uma cultura organizacional, iniciando pela recuperação de como se

deu a criação da organização, ou seja, o contexto político e social da época. Devem-se resgatar os valores aceitos ou questionados durante os momentos de crises na organização, chegando até a maneira atual da organização (KURCGANT; MASSAROLLO, 2016).

Neste sentido, Fleury e Fischer (1996) reforçam que desvelar a cultura organizacional é uma condição metodológica relevante para compreender os aspectos formadores da identidade de uma instituição. Elas desenvolveram um modelo de observação para guiar o estudo de cultura organizacional que focalizasse os seguintes aspectos:

- a) histórico da organização: o momento de criação, inserção no contexto político e econômico da época e os seus fundadores;
- b) processo de socialização dos novos membros: programas de treinamento e integração e outros processos que visem à reprodução do universo simbólico da organização;
- c) políticas de recursos humanos: análise de políticas explícitas e implícitas de recursos humanos de uma organização, observação de consistências e inconsistências;
- d) processo de comunicação: criação, transmissão e cristalização do universo simbólico, meios formais orais e escritos, e meios informais;
- e) organização do processo de trabalho: identificação das categorias presentes na relação de trabalho. (FLEURY; FISCHER, 1996, p. 98)

Fleury e Fischer (1996) ainda introduziram no cenário a dimensão política da cultura organizacional, que perpassa as interfaces de missões e valores organizacionais.

Independentemente do tipo ou da classificação das culturas organizacionais, o importante, para este estudo, é compreender que cultura organizacional é um produto aprendido pela experiência grupal; e que, na medida em que se constitui em grupo, manifesta-se na forma de pensamento e valores, os quais são o resultado da experiência compartilhada no modo de fazer as coisas (Schein, 2009; Dias, 2013).

A formação de uma cultura organizacional se inicia com a formação de um grupo que desenvolve atividades comuns e estabelece uma cultura própria, o qual se une indissoluvelmente a outros e, geralmente, é conectado, estimulado e gerenciado por um nexo de união denominado 'liderança'.

Para melhor entender os fenômenos organizacionais em um ambiente moderno, complexo e competitivo, no qual se encontram as organizações de saúde, é

importante compreender a cultura organizacional e suas relações com a liderança desempenhada pelos gestores.

Quase da mesma maneira que a cultura organizacional, segundo a temática da liderança tem chamado atenção dos estudiosos neste contexto das organizações formais e na perspectiva da qualidade de produtos e serviços. Existe uma interdependência entre liderança e cultura organizacional, e, conseqüentemente, o líder é moldado pela cultura organizacional em “seu pensamento, sentimento e respostas” (Barreto *et al.*, 2013, p. 35).

Estudo qualitativo de revisão da literatura, realizado por Sammer *et al.* (2010), que buscaram as propriedades da cultura de segurança, identificou sete subculturas no interior da cultura de segurança do paciente. A liderança aparece junto de trabalho em equipe, cuidados baseado em evidências, comunicação, aprendizado, justiça e foco no paciente. Estes autores apontaram ainda a liderança como uma importante subcultura, pois líderes envolvidos e comprometidos são fundamentais para a construção da cultura de segurança nas organizações de saúde, uma vez que eles conduzem a cultura por meio da criação de estratégias e da edificação de estruturas, as quais, por sua vez, orientam os processos de segurança e os resultados desta.

Para Singer (2013, p.2) os líderes dos cuidados de saúde têm a responsabilidade de fazer os profissionais da ponta trabalharem todos juntos, como uma equipe, visando assistir as pessoas em sistemas cada vez mais complexos. Para orientar estes esforços, a mesma propõe que os líderes:

avaliem a cultura de segurança para orientar o comportamento das pessoas; promovam a liderança como uma ação e não uma atribuição profissional; mantenham foco na resolução dos problemas de segurança; alinhem os sistemas e processos; apreciem a resistência dos pacientes e contem com o aconselhamento para internalizar os objetivos.

Singer (2013) ainda sugere uma série de ações concretas que os líderes devem buscar para promover mudanças culturais, para melhorar a segurança do paciente:

compreender a cultura existente numa organização, atuar com humildade e formando parcerias, desenvolver a segurança psicológica através do aconselhamento e da utilização construtiva da resistência, criar uma orientação para o aprendizado com foco nos problemas e em sua solução e adotar uma orientação sistêmica alinhando e construindo cuidadosamente os sistemas e processos de apoio. (SINGER, 2013, p. 2).

Pode-se também argumentar que cultura e liderança são dois lados da mesma moeda: nem uma nem outra pode ser entendida por si própria, uma vez que a primeira determina os critérios de liderança, e a segunda define quem será ou não um líder. Se as suposições propostas por um líder funcionam, elas passam gradualmente a serem suposições compartilhadas pelos membros, emergindo a cultura de um grupo (Schein, 2009).

Buscando compreender a relação entre a cultura organizacional e o comportamento de liderança e satisfação no trabalho, Tsai (2011) concluiu, em sua investigação com as enfermeiras de Taiwan, que as culturas organizacionais são significativamente positivas e estão correlacionadas com o comportamento de liderança e a satisfação no trabalho; no inverso, encontrou o mesmo resultado estatístico.

Estudo realizado por Kaufman e Mccaughan (2013) explora as ligações entre cultura organizacional e segurança do paciente, e conclui que os elementos-chave associados a uma cultura de segurança são: liderança eficaz, bom trabalho em equipe, cuidado centrado no paciente, uma justa cultura na análise dos incidentes relacionados aos cuidados, visando aprender com erros e criando um ambiente de confiança.

Compreender que a cultura organizacional e a liderança “estão entrelaçadas e que cultura são valores e crenças socialmente aprendido e transmitido entre os seus membros” Schein (2009, p.11) favorecerá a elucidação da cultura de segurança do paciente praticada nas unidades assistenciais do hospital avaliado nesta pesquisa. É essencial entender também a relação entre cultura organizacional, comportamento de liderança e satisfação no trabalho dos funcionários.

4.2 CULTURA JUSTA

A grande barreira dos profissionais em não relatar os incidentes relacionados aos cuidados em saúde baseia-se na culpa, traduzida em vergonha, humilhação, medo da crítica e censura de outros profissionais e da sociedade, além do litígio nos tribunais éticos-legais Leape (1999).

Essa abordagem de culpabilização do profissional determinou muitos litígios na área da saúde envolvendo prestadores e pacientes no período de 1970 a 1990 nos

países ricos, o que determinou um movimento dos profissionais naquela época, de exigir uma ‘cultura não acusatória’, mas isso literalmente acabaria com a responsabilidade pessoal e com muitas restrições sociais, disciplinares e legais das profissões da saúde. Esta cultura completamente não acusatória e livre de qualquer responsabilidade não prosperou, pois é algo inviável (Vicent, 2013).

Outro aspecto que deve ser ressaltado, a partir das observações e do contexto atual, é que tanto as culturas da culpa como a não acusatória, embora possam ser satisfatórias a curto prazo, em longo prazo não garantem nenhuma melhoria à segurança do paciente. Isto porque são culturas desprovidas de análise das causas dos incidentes e de aprendizagem com erro (WACHTER, 2013).

Na percepção de Vicent (2013), a categoria profissional que possui um código disciplinar mais rígido e dura para com as falhas humanas de seus profissionais é a enfermagem, quando comparada, por exemplo, com a postura da medicina diante dos erros de seus profissionais.

Esta maneira rígida de reagir diante das falhas humanas, dá-se fortemente ancorada na premissa da “surpresa fundamental” diante do incidente, nos mitos dos erros e na presunção de que os profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, são infalíveis ou perfeitos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Para Reason (2000), os erros podem ser analisados e vistos de duas maneiras: na abordagem da pessoa e na abordagem do sistema. Os dois modos advêm da perspectiva psicológica. Neste sentido, adotaremos como referencial teórico nas discussões dos resultados encontrados a abordagem sistêmica que ele propôs.

Uma abordagem moderna de segurança do paciente depende do pensamento sistêmico. Segundo Wachter (2013, p. 29), é aquela que “faz um reconhecimento de que maioria dos erros é cometida por profissionais competentes, e cuidadosos. E a prevenção desses erros, envolve a incorporação dos profissionais em um sistema que antecipa e capta falhas antes que elas façam algum mal”.

O pensamento sistêmico veio, por meio do movimento moderno de segurança do paciente, substituir o jogo da culpa e da vergonha (WACHTER, 2013). Este paradigma reconhece a condição humana, ou seja, que podemos errar, pois somos falíveis, e que a segurança depende da criação de sistemas que antecipam erros ou que os captam antes que atinjam o paciente.

O conceito de cultura justa foi introduzido por James Reason no seu livro clássico *Managing the risk of organizational accidents* publicado em 1977, no qual ele propôs

a abordagem do pensamento sistêmico para o erros humanos, denominada “teoria do queijo suíço” (Figura 1), concebendo a cultura justa como aquela que encoraja as pessoas a prestarem informações essenciais relativas à segurança, na qual também deve estar clara para elas a linha de tolerância entre um comportamento aceitável e um inaceitável (WACHTER, 2013 p. 344).

Uma cultura de “não culpabilidade” não é nem viável nem desejável. Uma pequena parcela dos atos humanos inseguros é chocante (...) e requer sanções severas, em alguns casos. Anistiar todos os atos inseguros resultaria em falta de credibilidade aos olhos da força de trabalho. Mais importante, isso seria visto, como uma oposição à justiça natural. O que é necessário é uma *Cultura Justa* qual as pessoas ao encorajadas ou até mesmo recompensadas por providenciarem informação essencial relativa à segurança, mas na qual também está claro para elas, onde se situa a linha entre um comportamento aceitável e um inaceitável. (grifo do original)

A cultura justa representa uma tentativa de encontrar um equilíbrio entre apenas acusar o profissional ou nunca fazer isto. Este conceito foi desenvolvido durante a construção de sistemas melhores em torno da falibilidade inerente aos seres humanos, realizada pelo engenheiro e projetista de aviões (MAX, 2001).

Segundo Wachter (2013), é importante buscar um equilíbrio ou conciliação adequada entre a premissa de “não culpabilidade”, enfatizada na abordagem sistêmica, e a necessidade de responsabilização, pois há certos casos em que os profissionais não observaram as normas de segurança. Estes profissionais, que geralmente apresentam um comportamento inadequado ou disruptivo, gerando riscos à segurança do paciente, não se pode anistiá-los completamente da responsabilidade pelos danos causados aos pacientes.

A maneira de criar uma cultura mais atenta aos erros e também aos acertos, para Tugend (2012), não será instituindo uma atmosfera de tolerância zero para com os erros, ou declarando uma zona livre de erros, pois a perfeição é impossível e lembrar que os *checklist* não alcançam sucesso num vácuo, será necessário mudar atitudes e pressupostos arraigados nas relações de trabalho, para que estas listas de checagem funcionem.

Adotar uma cultura justa, significa introduzir um ambiente que assegure a responsabilidade pelo erro seja justa, por meio de uma investigação sistemática do motivo do erro e que as tomadas de decisões com relação a punições sejam baseadas nesses achados em vez de punição igual para todos ou para um único profissional.

A reposta não punitiva aos erros é considerada uma dimensão primária da cultura de segurança do paciente em vários instrumentos de avaliação, no entanto se faz necessário ter equilíbrio entre a não culpabilização e responsabilização, o qual é promovido por uma cultura justa, sem o jogo da culpa entre a organização e profissional.

A ideia inicial para estabelecer uma cultura justa nas organizações de saúde, é se ter consciência de que a perfeição é impossível de ser atingida, e criar um ambiente em que os profissionais se sintam seguros em declarar suas preocupações com os riscos percebidos, visando mitigar os danos desnecessários aos pacientes e que possam falar abertamente, sem medo de punição, por conta de quaisquer cuidados em saúde ou de algo, que não aconteceu como planejado.

5 Material e Método

5 MATERIAL E MÉTODO

Ao classificar uma abordagem como quantitativa ou qualitativa, etnográfica, pesquisa-ação ou experimental, por exemplo, não significa que um pesquisador não possa sair dos métodos normalmente associados àquele estilo. Todos têm seus pontos fortes e fracos, e cada estilo é particularmente adequado ao contexto, à natureza e ao tipo de informação necessária (BELL, 2008).

Desta forma, o percurso metodológico neste estudo possui uma abordagem quali-quantitativa indutiva, desenvolvido de acordo com as instruções da AHRQ (AHRQ, 2016), responsável pelo questionário HSOPSC aplicado nesta pesquisa.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um *survey* exploratório, descritivo, transversal e comparativo de natureza quantitativa. Para Matias-Pereira (2016, p.83), o método descritivo “é aquele que cuida da descrição das características de determinada população ou fenômeno, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis e fatos”. Neste sentido, Gil (2009) complementa que este tipo de procedimento de pesquisa envolve técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionário e observação sistemática, e geralmente assume a forma de levantamento.

5.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no HUMAP, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), situado em Campo Grande (MS), o qual tem por missão: “cuidar de pessoas e desenvolver ensino e pesquisa em harmonia com o Sistema Único de Saúde (SUS)” (HUMAP/UFMS/EBSERH, 2016). O HUMAP ocupa uma área de 35.350m², sendo 28.300 m² de área construída, que englobam Ambulatórios de Especialidades, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Pediátrica, UTI Neonatal, Unidade Coronariana (UCO), Pronto Atendimento (PAM), Diagnóstico por Imagem, Serviço de Radiologia, Banco de Leite Materno, Hemonúcleo, Hemodiálise, além de residência médica em 16 especialidades.

Trata-se de um hospital geral de referência terciária, com assistência em todas as especialidades médicas, contratado pelo SUS. Em 2013, foi incorporado por decreto da Presidência da República à administração da EBSEH. Desta forma, a sigla EBSEH foi incorporada na denominação do HUMAP desde a publicação do decreto presidencial, passando a ser identificado como “HUMAP/UFMS/EBSEH”.

Em 2014, o hospital iniciou as ações do PNSP, implantando o NSP, conforme estabelece a portaria e a RDC 36/2013 da ANVISA, o qual vem desenvolvendo estratégias que visam à qualidade e à segurança do paciente.

O HUMAP conta atualmente com 256 leitos ativos, dentre os quais 30 são de terapia intensiva adulto, infantil e coronariana, sendo os demais leitos distribuídos nas seguintes unidades de internações: clínica médica, cirúrgica, PAM, maternidade, pediatria, centro cirúrgico, centro obstétrico e unidades de tratamento renal.

A partir da transferência da gestão do hospital da UFMS à EBSEH, ocorreu um aumento considerável na contratação de profissionais de área da saúde, expandindo em mais de 50% o quantitativo de profissionais.

5.3 POPULAÇÃO

Fizeram parte deste estudo os profissionais de saúde e preceptores que possuíam vínculo empregatício com o HUMAP das seguintes subáreas da saúde: bioquímicos, cirurgião dentista, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos assistentes de várias especialidades, residentes, nutricionistas, psicólogos, instrumentador cirúrgico, técnicos de enfermagem, farmácia, laboratório e radiologia, auxiliares de enfermagem, farmácia e nutrição.

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, a população deste estudo foi constituída de 408 profissionais de Ensino Médio e 209 profissionais de Ensino Superior, perfazendo um total de 729 profissionais de saúde, conforme apresenta o Quadro 1.

Quadro 1. Demonstrativo da população do estudo por categoria profissional, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, 2017

Categoria Ensino Técnico	N	Categoria Ensino Superior	N
Auxiliar de enfermagem	198	Cirurgião dentista	1
Auxiliar de farmácia	2	Enfermeiro	69
Auxiliar de laboratório de análises clínicas	7	Farmacêutico - bioquímico	21
Instrumentador cirúrgico	7	Fisioterapeuta	9
Técnico de laboratório de patologia clínica	9	Fonoaudiólogo	2
Técnico de enfermagem	179	Médico	157
Técnico de farmácia	3	Nutricionista	7
Técnico de laboratório	27	Psicólogo	4
Técnico de radiologia	25	Terapeuta ocupacional	2
Total	457	Total	272

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Critério de inclusão: estar em efetivo exercício profissional no hospital, trabalhar no mínimo 20 horas semanais e ter vínculo empregatício com a instituição.
- Critério de exclusão: profissionais de saúde que atuam como preceptores, supervisores de ensino ou assistente de professor, mas sem vínculo trabalhista com a instituição

5.5 CÁLCULO AMOSTRAL

O cálculo amostral foi realizado por meio da calculadora Raosoft® EZSurvey® Versão 2007 $x = Z^2 \frac{c}{100} r (100 - r) n = N \times / ((N-1) E^2 + x) E = \text{Sqrt}[(N - n) x / n (N-1)]$. Esta calculadora é de

domínio público na *internet*. Foi estimada a média na população com a margem de erro de 10% do desvio padrão e nível de confiança de 95%.

De acordo com as recomendações da AHRQ (2004, p. 11), no *User's Guide* do HSOPSC, para calcular o tamanho da amostra, é importante: “selecionar um contingente que melhor representa a população de modo que os resultados da amostra possam ser generalizados a uma população mais ampla”. O ideal é fazer uma amostragem combinada, na qual devem ter profissionais de todas as categorias e unidades hospitalares, para alcançar a diversidade do pessoal do hospital. Assim, a seleção dos participantes, foi sistemática e estratificada, por categoria profissional.

Para atingir o máximo de respostas positivas, conforme recomendações da AHRQ, a pesquisadora optou em aumentar em 30% o tamanho da amostra, perfazendo um total de 483 profissionais, conforme o Quadro 2.

Quadro 2. Demonstrativo da amostra de profissionais de saúde do estudo, com acréscimo de 30%, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, 2017

Categoria Ensino Técnico	Quant (n)	+30% (n)	Categoria Ensino Superior	Quant (n)	+30% (n)
Auxiliar de enfermagem	91	120	Cirurgião dentista	1	1
Auxiliar de farmácia	1	1	Enfermeiro	41	54
Auxiliar de laboratório de análises clínicas	3	4	Farmacêutico	12	16
Instrumentador cirúrgico	3	4	Fisioterapeuta	5	7
Técnico de laboratório de patologia clínica	4	5	Fonoaudiólogo	1	1
Técnico de enfermagem	82	107	Médico	93	121
Técnico de farmácia	1	1	Nutricionista	4	5
Técnico de laboratório	12	16	Psicólogo	2	3
Técnico de radiologia	12	16	Terapeuta ocupacional	1	1
Total (N)	209	274	Total (N)	160	209

Para obter os sujeitos de pesquisa, foi calculado o intervalo de amostragem, chamado de k , por meio da fórmula: $k = N/n$ (Equação 1) onde $k = 2$.

Um número entre 1 e k (1 e 2), chamado de “ m ”, foi sorteado e passou a ser o primeiro elemento da amostra. O segundo elemento da amostra passou a ser “ $m+2k$ ” e, assim, foi sucessivamente elaborada a planilha de intervalo. A equação 1 e os intervalos foram inseridos no Excel®, que os processou e gerou uma relação de profissionais por amostragem probabilística sistemática (DORIA FILHO, 1999).

5.6 COLETA DE DADOS

5.6.1 Procedimentos operacionais de coleta de dados

Antes de iniciar esta pesquisa, foi solicitada formalmente a autorização da pesquisadora (REIS, 2013) que realizou estudo de validação e tradução transcultural do questionário HSOPSC para o contexto hospitalar brasileiro, conforme consta no Apêndice A.

A coleta de dados foi realizada somente após apreciação e aprovação do projeto e demais documentos éticos e legais pelos Comitês de Ética em Pesquisas da instituição proponente e do local da pesquisa, bem como pelo Colegiado Executivo do HUMAP.

De posse destes documentos, foi possível acessar o banco de dados dos servidores do HUMAP, por meio da área de gestão de Recurso Humanos. A partir deste banco de dados em planilhas do Excel®, com categorias e datas de admissão, foi construído outro banco de dados também no Excel®, classificado por número de ordem, com a população de profissionais elegíveis por categoria, de acordo com os critérios inclusão para participar da pesquisa.

Visando atingir a meta de taxa de resposta de 30 a 50% da amostra da população, conforme recomendação da AHRQ (2016), a pesquisadora realizou as seguintes estratégias:

- **Distribuição de cartaz:** foi fixado um cartaz para convidar à pesquisa, 1 semana antes do início da coleta de dados em cada unidade/área do hospital, para informar os profissionais da realização da pesquisa e sensibilizá-los a participarem dela (Apêndice B).
- **Disposição de *banner* da pesquisa e urna de coleta:** foi acomodada uma urna de madeira em mdf ao lado do *banner* da pesquisa no saguão de entrada

do HUMAP, para que os profissionais depositassem de maneira anônima seus questionários (Apêndice C).

A pesquisadora realizou pessoalmente a coleta de dados, em todas as unidades/área de internação do HUMAP, no período de dezembro de 2015 a julho de 2016. Foi necessário realizar a coleta durante 3 dias consecutivos em cada turno (manhã, tarde e noite), de cada unidade de internação, para que fosse possível localizar os profissionais selecionados na amostra em seus respectivos plantões.

A aplicação do questionário HSOPSC aconteceu em um único momento. Após a pesquisadora explicar os objetivos da pesquisa e diante o aceite por parte dos profissionais em participar dela, eram entregues o questionário HSOPSC e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisadora aguardava o profissional fazer a leitura e assinar o termo, ficando o profissional apenas com o questionário e sua via do TCLE.

A maioria dos profissionais optou por responder o questionário em outro momento. Assim, foram entregues um envelope com etiqueta da pesquisa e uma caneta esferográfica, e os participantes foram orientados a, após responderem o questionário de maneira anônima, colocá-lo posteriormente na urna de coleta da pesquisa, no saguão de entrada do hospital.

Após o término da coleta, a pesquisadora agradeceu todos os profissionais pela participação, distribuindo e fixando nos murais das unidades de internações um cartaz de agradecimento (Apêndice E).

5.6.2 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob parecer consubstanciado 1.105.403, em 9 de junho de 2015, disposto no Anexo C, e pelo Colegiado Executivo do HUMAP, sob a resolução 55, de 6 de julho de 2015, conforme consta no Anexo D.

O TCLE, conforme consta no Apêndice D, foi elaborado e aplicado atendendo as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabelecidas na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, para obter a autorização dos profissionais de forma ética e com respeito ao anonimato destes no questionário da pesquisa.

Neste sentido, a pesquisadora ao examinar a cultura de segurança do paciente, sedimentada entre os profissionais da área da saúde e administrativa, do HUMAP/UFMS/EBSERH, buscou a princípio garantir o sigilo e anonimato dos profissionais em suas respostas, demonstrar a importância da contribuição destes nos resultados desta pesquisa para a melhoria da qualidade da assistência prestada, e buscar uma relação de confiança dos profissionais com vistas a garantir o máximo de respostas verdadeiras destes no questionário de pesquisa aplicado

5.7 INSTRUMENTO DE PESQUISA E VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.7.1 Questionário Pesquisa Sobre a Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais

O instrumento de pesquisa utilizado na coleta de dados neste estudo foi o HSOPSC, idealizado pelas pesquisadoras Sorra e Neiva (2004) e de responsabilidade da AHRQ. Sua versão original está disposta no Anexo A. Este instrumento de pesquisa mede a cultura de segurança do paciente na área hospitalar, por meio da percepção dos profissionais da saúde, gestores e administradores, que possuem interação ou não, com os pacientes assistidos no hospital avaliado.

O questionário HSOPSC possui 42 itens distribuídos em nove diferentes seções, que medem 12 dimensões de cultura de segurança do paciente: (1) trabalho em equipe dentro das unidades/áreas; (2) expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente; (3) apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; (4) aprendizado organizacional e melhoria contínua; (5) percepção geral de segurança do paciente; (6) *feedback* e comunicação a respeito de erros; (7) abertura para comunicações; (8) frequência de eventos relatados; (9) trabalho em equipe entre as unidades/áreas de hospital; (10) adequação de pessoal; (11) transferências internas e passagens de plantão; e (12) respostas não punitiva aos erros.

Possui também uma questão de avaliação geral da segurança na unidade/área e outra de indicação do número de eventos que foram relatados nos últimos 12 meses. O questionário compõe-se ainda de dados sociodemográficos dos entrevistados como: área/especialidade de trabalho, tempo de trabalho no hospital, tempo de

trabalho na unidade; horas de trabalho/semana; função no hospital; o *status* de contato com paciente; tempo de trabalho na profissão (SORRA; NIEVA, 2004).

Este instrumento de pesquisa foi validado e traduzido transculturalmente para o contexto hospitalar brasileiro por Reis (2013) em uma ampla população no país. Esta versão do HSOPSC apresenta-se no Anexo C.

Embora este instrumento, nas versões original e brasileira, não traga em seu título o termo ‘questionário’, o HSOPSC se caracteriza como tal, pois possui itens escritos na forma interrogativa e outros na afirmativa, todos com o propósito de mensurar o nível de concordância das afirmações. Assim, neste estudo, optou-se em identificar o instrumento como ‘questionário HSOPSC’.

Com a anuência da AHRQ (2004) explicitada no *User’s Guide*, foi realizada uma customização deste instrumento, acrescentando o termo ‘cultura’ ao seu título, para sua melhor compreensão. Desta forma, o questionário HSOPSC neste estudo passou a ser intitulado Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospital, conforme consta no Apêndice F. Ele também foi customizado em suas variáveis sociodemográficas, acrescentando as seguintes características da população: sexo, idade, grau de instrução. A denominação das unidades/áreas também foi personalizada de acordo com as do HUMAP (Apêndice F).

Para melhor compreender o questionário HSOPSC, encontra-se disposta no Apêndice G a distribuição das perguntas que compõem este instrumento, de acordo com classificação das dimensões da cultura de segurança.

A letra “R”, presente em algumas das perguntas, significa que o item foi redigido de forma negativa ou reversa, e uma resposta positiva baseia-se nas respostas “discordo totalmente” ou “discordo”, ou “nunca” ou “raramente”. A numeração que segue a letra do alfabeto representa a pergunta referente a cada seção do questionário e a uma variável a ser avaliada.

As 12 dimensões da cultura de segurança do paciente são avaliadas por perguntas distribuídas ao longo do questionário de forma não sequencial. As letras do alfabeto de “A” a “I” representam as seções do questionário.

As seções são assim definidas:

- Seção A: sua área/unidade de trabalho.
- Seção B: seu supervisor/chefe.
- Seção C: comunicação.

- Seção D: frequência de eventos notificados.
- Seção E: nota de segurança do paciente.
- Seção F: seu hospital.
- Seção G: número de eventos relatados.
- Seção H: variáveis sociodemográficas que caracterizam os profissionais.
- Seção I: de uma questão subjetiva, que convida o profissional a descrever seus comentários sobre a segurança do paciente ou circunstâncias notificáveis no hospital.

A seção A do questionário é composta por 18 afirmações sobre a unidade de trabalho do profissional, solicitando-se que manifeste sua concordância para cada uma das afirmações em uma escala Likert de 5 pontos, a saber 1 para discordo totalmente, 2 para discordo, 3 para não concordo nem discordo, 4 para concordo e 5 para concordo totalmente.

A seção B possui quatro afirmações relativas ao supervisor ou chefia imediata dos profissionais, sendo solicitado que explicita sua concordância ou discordância para cada uma das afirmações em uma escala Likert de 5 pontos (1 para discordo totalmente até 5 para concordo totalmente).

Na seção C, o profissional deve considerar os aspectos de comunicação e indicar quantas vezes cada uma das seis afirmativas ocorreram dentro de sua unidade em uma escala Likert de 5 pontos, sendo 1 para nunca, 2 para raramente, 3 para às vezes, 4 para a maioria das vezes ou 5 para sempre.

Na seção D, o participante encontra cinco afirmativas relacionadas à frequência de comunicação de eventos adversos quando estes ocorrem e deve indicar suas respostas em uma escala Likert de 5 pontos (1 ponto para nunca até 5 para sempre).

A seção E trata de uma das variáveis de resultados que busca conhecer a nota de segurança do paciente expressa pelo profissional, com categorias de resposta de A a E: A para excelente, B para muito boa, C para aceitável D para ruim e E para muito ruim.

Já na seção F, são apresentadas 11 afirmativas sobre a organização e a gestão hospitalar relacionadas com área de segurança do paciente, solicitando-se manifestação do entrevistado conforme a escala Likert de 5 pontos: 1 para discordo

totalmente, 2 para discordo, 3 para não concordo nem discordo, 4 para concordo, 5 para concordo totalmente.

A seção G trata de outra variável de resultados, questionando o número aproximado de eventos adversos relatados nos últimos 12 meses. Deve ser assinalada uma das seguintes categorias apresentadas: nenhum evento; 1 a 2; 3 a 5; 6 a 10; 11 a 20 e 21 ou mais eventos.

Na seção H, são solicitadas informações sociodemográficas do profissional participante, como: categoria profissional, tempo de trabalho no hospital e na unidade/área, na profissão e o número de horas semanais de trabalho no hospital.

Ao chegar ao final do instrumento, na seção I, há uma questão subjetiva, que convida o profissional a apresentar qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou comunicação de eventos adversos no hospital (SORRA; NIEVA, 2004).

O conjunto final do HSOPSC é constituído por 12 dimensões ou fatores determinantes de segurança, distribuídos da seguinte maneira: sete se destinam a mensurar a unidade/área de trabalho do profissional; três são destinadas a medir aspectos relacionadas ao hospital de forma geral; duas são variáveis de resultado, no qual se busca conhecer a percepção geral sobre segurança e a frequência de notificação dos incidentes. Cada uma das 12 dimensões mensuradas pelo HSOPSC possui de três a quatro itens, perfazendo o total de 50 variáveis; 42 itens estão relacionados aos aspectos da cultura, e 8 às questões de contexto do hospital e pessoais do profissional (Quadro 3).

Quadro 3. Composição do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospital: dimensões da cultura de segurança do paciente, quantidade de itens e respectivas descrições

Dimensões	Itens	Descrição
(7) Dimensões de cultura segurança do paciente relativas à unidade hospitalar:		
1. Ações e expectativas sobre seu supervisor e ações promotoras da segurança	4	Os supervisores consideram as sugestões da equipe para melhorar a segurança do paciente
2. Aprendizado sobre a organização e melhoria contínua	3	Existe uma cultura de aprendizagem com os erros. As alterações e modificações são avaliadas quanto à eficácia
3. Trabalho em equipe dentro de unidades	4	Pessoal apoia um ao outro, e trata um aos outros com respeito. As pessoas trabalham juntas, como uma equipe
4. Abertura da comunicação	3	Funcionários falam livremente sobre algo de errado que pode afetar o paciente e questionam aqueles com mais autoridade
5. Retorno da informação (<i>feedback</i>) e comunicação sobre o erro	3	Os funcionários são informados dos erros que acontecem; é dado retorno sobre as mudanças implementadas
6. Respostas não punitiva ao erro	3	Os funcionários sentem que seus erros e relatórios de incidentes não são realizadas contra eles
7. Adequação dos profissionais (quadro de pessoal)	4	Há pessoal suficiente para a carga de trabalho, e as horas de trabalho são adequadas para atender o paciente
(3) Dimensões da cultura de segurança do paciente relativas ao hospital:		
8. Suporte da gestão para a segurança do paciente	3	Gestão hospitalar proporciona ambiente de trabalho com segurança do paciente e mostra que a segurança é uma prioridade
9. Trabalho em equipe entre as unidades do hospital	4	Unidades hospitalares cooperaram e coordenam entre si para oferecer o melhor atendimento para os pacientes
10. Passagem de plantão/turno e transferências	4	Informações importantes sobre o paciente são comunicadas entre as unidades hospitalares e nas trocas de plantões
(2) Dimensões relativas aos resultados da cultura de segurança do paciente:		
11. Percepções geral da segurança do paciente	4	Os procedimentos e os sistemas são bons na prevenção de erros, e não existem problemas de segurança dos pacientes
12. Frequência de eventos notificados	3	Com que frequência os eventos que quase atingem o paciente são corrigidos e notificados

Adaptado de: SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. Reliability and validity of the hospital survey on patient safety. Rockville, MD: Westat, 2006.

5.7.2 Definição das variáveis do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospital

As variáveis deste estudo foram classificadas na seguinte ordem: variáveis sociodemográficas, de dimensão da cultura de segurança na unidade/área hospitalar, de dimensão da cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar e de resultado.

Cada dimensão da cultura de segurança do paciente constitui uma variável e foi avaliada por meio dos itens (perguntas) identificadas com as letras das mesmas, entre os parênteses. Os itens (perguntas) que foram redigidos de forma negativas, possuem a letra “R” ao lado da letra e número da mesma, conforme a Figura 2.

Figura 2. Classificação das variáveis das dimensões da Cultura de Segurança do Paciente

Fonte: Adaptado de MELLO, J. F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem. Tese (Mestrado) Florianópolis: UFSC; 2011.

Cada dimensão da cultura de segurança do paciente, descrita no Quadro 4, constitui uma das variáveis acima mencionadas, as quais foram avaliadas por itens (perguntas específicas) que compõem o questionário HSOPSC, apresentado no Apêndice F.

Quadro 4. Demonstrativo das variáveis do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospital (AHRQ, 2016)

Variáveis sociodemográficas	Tempo de trabalho no hospital: tempo em anos que o profissional trabalha na instituição
	Tempo de trabalho na unidade: tempo em anos que o profissional trabalha na unidade hospitalar
	Horas de trabalho/semana: número de horas de trabalho semanais exercidas pelo profissional
	Função no hospital: categoria do profissional de saúde na instituição (enfermeiro, farmacêutico médico, nutricionista e técnico de enfermagem etc.)
	Tempo de trabalho na profissão: tempo em anos que o profissional exerce a profissão
	Grau de instrução escolar e acadêmico.
	Informação da idade do profissional
	Indicação do sexo
Variáveis da cultura de segurança na unidade hospitalar	Trabalho em equipe dentro da unidade: profissionais apoiam uns aos outros, tratam-se uns dos outros com respeito, e trabalham em equipe
	Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente: as sugestões do pessoal para melhorar a segurança do paciente são consideradas pelos supervisores/gerentes
	Aprendizado organizacional, melhoria contínua: há uma cultura de aprendizagem em que os erros levam a mudanças positivas e as mudanças são avaliadas para a eficácia
	Feedback e comunicação a respeito de erros: funcionários são informados sobre os erros que acontecem, sobre as mudanças implementadas e a discussão de formas para se evitarem erros
	Pessoal: há pessoal suficiente para lidar com a carga de trabalho e as horas de trabalho são adequadas para proporcionar o melhor atendimento aos pacientes
	Respostas não punitiva aos erros: profissional sente que seus erros e os relatórios de eventos não são utilizados contra eles, e que os erros não são mantidos em seu arquivo pessoal
Variáveis da cultura de segurança na instituição	Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente: hospital oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e mostra que esta é uma prioridade
	Trabalho em equipe entre as unidades do hospital: unidades hospitalares cooperam-se e coordenam-se entre si para oferecer o melhor atendimento aos pacientes
	Transferências internas e passagens de plantão: informações importantes sobre atendimento ao paciente quando ele é transferido entre unidades hospitalares.
Variáveis de resultados	Percepção geral de segurança do paciente: os procedimentos e os sistemas são adequados para evitar erros e não há problemas de segurança do paciente
	Frequência de eventos relatados: são relatados erros detectados e corrigidos antes de atingir o paciente; erros sem potencial de prejudicar o paciente; e erros ativos.
	Número de eventos comunicados: número de eventos que o profissional informou ao seu gerente/supervisor
	Grau de segurança do paciente: percepção do profissional sobre o grau de segurança do paciente na unidade

5.8 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os questionários HSOPSC que retornavam na urna eram auditados pela pesquisadora, pois deveriam atender os critérios a seguir, de acordo com *User's Guide* (AHRQ, 2016), para ser incluídos na amostragem: ter respondido mais da metade dos itens ao longo de todo questionário em diferentes seções; não possuir respostas idênticas em todos os itens, de uma única dimensão da cultura de segurança; não ter respondido apenas as questões sociodemográficas.

Na sequência, os questionários elegíveis eram codificados e encaminhados a digitação das respostas por dois profissionais diferentes e armazenados em banco de dados *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0, que, posteriormente, foi conferido, para evitar qualquer viés. Este banco de dados foi então transferido para o *software Hospital Data Entry and Analysis Tool* disponibilizado pela AHRQ para esta pesquisa (Apêndice H). Esta ferramenta de informática realiza o processamento estatístico, e a análise dos dados deste estudo (Figura 3).

Figura 3. Data Entry and Analysis Tool - Hospital Survey on Patient Culture

HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE Data Entry and Analysis Tool			
Version: April 2016			
1. Entering Data	2. Your Hospital Results	3. Comparative Results	4. Trending Results
Instructions	Respondent Demographics	Not Applicable	Respondent Demographics
Edit Report Cover Sheet	Composite Level Results	Composite Level Results	Composite Level Results
Data Entry	Item Level Results	Item Level Results	Item Level Results
Explanation of Calculations	Patient Safety Grade	Patient Safety Grade	Patient Safety Grade
Interpreting Your Results	Number of Events Reported	Number of Events Reported	Number of Events Reported
Export Data *	Survey Comments		
5. Comparative Results by Work Area/Unit	6. Comparative Results by Staff Position	7. Comparative Results by Interaction with Patients	8. Comparative Results by Tenure in Unit
Composite Level Results	Composite Level Results	Composite Level Results	Composite Level Results
Item Level Results	Item Level Results	Item Level Results	Item Level Results
Patient Safety Grade & Number of Events Reported	Patient Safety Grade & Number of Events Reported	Patient Safety Grade & Number of Events Reported	Patient Safety Grade & Number of Events Reported

Fonte: AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report. Rockville, US: AHRQ; 2016.

Após inserir o banco de dados no *software Hospital Data Entry and Analysis Tool*, este realizou todos os cálculos de frequência absoluta e relativa, exibindo os resultados dos dados sociodemográficos dos participantes, da avaliação das dimensões da cultura de segurança do paciente, das variáveis de resultados do HUMAP e as comparações entre os percentuais encontrados neste hospital com os resultados do banco de dados da AHRQ. Realizou também várias comparações dos percentuais de respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente por unidades/área e por categoria profissional e apresentou comparações entre as variáveis de resultados por área e por categoria profissional.

Quanto aos dados sociodemográficos acrescentados no questionário deste estudo, o tratamento dos dados foi realizado no SPSS, o qual também foi utilizado para analisar a consistência interna do questionário, por meio do coeficiente de alfa de Cronbach.

5.9 ANÁLISE DOS DADOS

O primeiro cálculo estatístico que o *software Hospital Data Entry and Analysis Tool* (AHRQ, 2016) fornece é a taxa de resposta obtida da aplicação do questionário HSOPSC, calculada conforme apresentado na Figura 4:

Figura 4. Cálculo do percentual de resposta da aplicação do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospital

$$\% \text{ de Resposta} = \frac{\text{Número de questionários que retornaram} - (\text{incompletos})}{\text{Número de questionários elegíveis dos profissionais}} \times 100$$

O segundo cálculo fornecido pelo *software* corresponde às análises das características sociodemográficas dos profissionais participantes do estudo, nas quais são utilizadas estatísticas descritivas como média e frequência.

As análises estatísticas dos dados coletados no HUMAP que *software Hospital Data Entry and Analysis Tool* realizou ocorreram em um movimento de descrição e inferência. Na descrição, buscam-se demonstrar as informações estatísticas primárias relativas à amostra e, na inferência, a generalização das informações amostrais para a população pesquisada (NASSAR *et al.*, 2010).

A análise estatística de frequência fornecida pelo *software* da AHRQ é o percentual de respostas positivas, neutras e negativas de cada variável (itens ou perguntas), que foram agrupadas de acordo com a dimensão da cultura de segurança, que cada uma deseja medir. O *software* calcula a média dos percentuais, encontrada em cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente que o HSOPSC avalia.

O questionário HSOPSC registra as respostas dos profissionais em uma escala Likert de 5 pontos. Conforme as orientações da AHRQ, para a análise de frequência, foi utilizada uma escala Likert de três domínios (pontos), combinando as duas categorias negativas (discordo fortemente/discordo e raramente/nunca) e as duas positivas de respostas (concordo fortemente/concordo e na maioria das vezes/sempre), sendo a pontuação média da escala (não concordo nem discordo) uma categoria a parte.

A classificação dos percentuais de respostas em positiva – neutra – negativa é realizada da seguinte maneira:

- Positiva é a porcentagem de respostas classificadas como 4 ou 5 (concordo/concordo fortemente ou na maioria das vezes/sempre), para as afirmações redigidas de forma positiva, ou 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente), para as afirmações redigidas de forma reversa.
- Neutra ou não concordo nem discordo é o percentual de respostas classificadas como 3 (não concordo nem discordo) para qualquer pergunta.
- Negativa é o percentual de respostas classificadas com 1 ou 2 (discordo fortemente/discordo), para perguntas formuladas positivamente, ou em 4 ou 5 (concordo/concordo fortemente ou na maioria das vezes/sempre), para perguntas redigidas de forma reversa.

O *software Hospital Data Entry and Analysis Tool* calcula a frequência e o percentual de respostas positivas, neutras e negativas (reversa), por itens (variáveis), contando a frequência absoluta em cada domínio da escala Likert e calculando a porcentagem respectiva média de cada domínio.

As porcentagens das respostas são agrupadas em apenas três domínios, a saber: positiva = concordo totalmente + concordo; neutra = não concordo nem discordo; e negativa = discordo totalmente + discordo (Quadro 5).

Quadro 5. Exemplo da maneira de calcular a frequência e o percentual das respostas positivas, neutras e negativas nos itens (variáveis) do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospital

Item A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras			
Resposta	Frequência (número de respostas)	Porcentagem de resposta	Porcentagens combinadas
1 para discordo totalmente	1	10	30% negativa
2 para discordo	2	20	
3 para não concordo nem discordo	1	10	10% neutro
4 para concordo	4	40	60% positiva
5 para concordo totalmente	2	20	
Total	10	100	100%

Fonte: adaptado do User's Guide HSOPSC (2016)

Para calcular a porcentagem dos escores por item (variáveis) e as médias de respostas positivas por dimensões da cultura de segurança do paciente, é necessário inverter os itens redigidos negativamente. A AHRQ sugere as seguintes diretrizes para fazer esta inversão de domínio dos itens formulados negativamente:

- Se os entrevistados responderem “discordo totalmente” ou “nunca” a um item redigido de forma negativa, as respostas devem ser substituídas (pontuação de 1 para 5).
- Se os entrevistados responderem “discordo ou raramente” a um item redigido de forma negativa, as respostas devem ser substituídas (pontuação de para 4).

- As categorias de respostas neutras “não concordo nem discordo” e “às vezes” não são afetadas por itens redigidos de forma negativa e podem sempre ser codificadas como 3.
- Se os entrevistados responderem maior parte do tempo ou concordarem com um artigo redigido de forma negativa, as respostas devem ser substituídas (pontuação de 4 para 2).
- Se os entrevistados respondem “concordo totalmente” ou “sempre” a um item redigido negativamente, as respostas devem ser substituídas (pontuação de 5 para 1).

Neste sentido, para calcular a porcentagem de um escore de repostas positiva, por exemplo, para a variável de resultados “percepção geral de segurança do paciente”, devem-se somar as porcentagens de medias de cada item (variáveis) como $[(71\% + 64\% + 70\% + 75\%) / 4 = 70\%]$, resultando em uma pontuação do escore de 70% positivo para esta dimensão.

Visando melhor compreender este exemplo do cálculo dos escores das repostas positivas em cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, segue Quadro 6.

Quadro 6. Exemplo de como calcular o percentual médio de respostas positivas dos itens e das dimensões da cultura de segurança do paciente

Quatro itens que medem a “percepção geral de segurança do paciente”	Número de respostas para itens redigidos de forma positiva (“concordo totalmente” ou “concordo”)	Número de respostas para itens redigidos de forma negativa (“discordo totalmente” ou “discordo”)	Número total de respostas do item	Porcentagem de resposta positiva ao item
Item A15 - redigido de forma positiva: “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”	185	N/A	260	185/260=71%
Item A18 - redigido de forma positiva: “Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros”	160	N/A	250	160/250=64%
Item A10-R - redigido de forma negativa: “É apenas por acaso que erros mais graves não acontecem por aqui”	N/A	168	240	168/240=70%
Item A17-R - redigido de forma negativa: “Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	N/A	188	250	188/250=75%
Porcentagem média de resposta positiva para “Percepção geral de Segurança do Paciente = 70%				

Fonte: adaptado do User’s Guide HSOPSC (2016). N/A: não se aplica.

A AHRQ (2016) fornece algumas definições e diretrizes para subsidiar a interpretação dos dados tratados pelo *Hospital Data Entry and Analysis Tool*, as quais são apresentadas a seguir:

- Áreas de pontos fortes ou positivos: caracterizam-se pelas perguntas em que os participantes do estudo responderam concordo fortemente/concordo ou maior parte do tempo/sempre para os itens redigidos positivamente (ou de forma positiva) e discordo fortemente/discordo ou nunca/raramente para os itens redigidos negativamente (ou de forma negativa).
- Áreas de pontos fracos ou frágeis: caracterizam-se pelas perguntas em que os participantes, não responderam positivamente (usando discordo

fortemente/discordo ou nunca/raramente) para questões afirmativas, ou usando concordo fortemente/concordo/sempe na maioria das vezes para questões de escore reverso (escrito negativamente).

O hospital tem suas áreas classificadas com pontos fortes ou positivas da cultura de segurança do paciente, quando seu percentual médio de respostas positivas nas dimensões for igual ou maior a 75%; e resultados de percentual médio de respostas positivas for igual ou menor que 50% indicam uma área de pontos fracos ou frágeis com potencial para melhoria da cultura de segurança do paciente (AHRQ, 2004).

Assim, os percentuais de 75% e 50% são propostos pela AHRQ (2004) como nota de corte da avaliação da cultura de segurança do paciente. De acordo com as orientações da AHRQ, quanto maior for o percentual de respostas positivas, melhor e mais forte se encontra a cultura de segurança do paciente de um hospital avaliado (AHRQ, 2016).

Porém, segundo a AHRQ (2004), os hospitais podem estabelecer outros parâmetros de percentuais avaliativos para as respostas das dimensões da cultura de segurança do paciente. Sugere-se apenas que esta tomada de decisão, tenha como critérios, o atual status de segurança do paciente que se encontra o hospital e quais os indicadores segurança que a organização pretende atingir.

O *software Hospital Data Entry and Analysis Tool* também produziu outras análises, como: comparações das taxas de respostas positivas das 12 dimensões da cultura e dos itens com as unidades/área de trabalho, com as categorias profissionais, com o *status* de interação com os pacientes, com o número de eventos relatados e com a nota geral de segurança do paciente na percepção dos profissionais, dos dados coletados no HUMAP.

A última interpretação dos resultados encontrados sobre a cultura de segurança do paciente no HUMAP foi a análise qualitativa dos “comentários dos participantes” obtidos na seção I do questionário.

Estes comentários foram categorizados de acordo com a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), por unidades temáticas de cultura de segurança do paciente, para encontrar o significado das falas dos profissionais e compará-lo com os resultados obtidos na abordagem quantitativa.

6 Resultados

6 RESULTADOS

Os resultados encontrados neste estudo estão apresentados na seguinte ordem: percentual de resposta na aplicação do questionário; avaliação da confiabilidade do instrumento HSOPSC; perfil sociodemográfico dos profissionais participantes; avaliação geral da cultura de segurança na percepção dos profissionais; relações das dimensões da cultura de segurança do paciente por unidades/áreas de trabalho, categoria profissional e interação com o paciente.

6.1 PERCENTUAL DE RESPOSTA DO QUESTIONÁRIO

De acordo com a agência responsável pelo questionário HSOPSC, o percentual de resposta devia atingir um percentual mínimo de 50% do total da amostra, a qual é obtida dividindo o número de questionário elegíveis pelo número de profissionais que receberam o questionário (AHRQ, 2016). Neste estudo, foram aplicados 483 questionários, e apenas 397 deles foram considerados completos para análise, perfazendo um percentual de resposta de 82%, considerada um bom percentual de resposta atingido. A taxa mínima de resposta recomendada pela AHRQ era de (50%).

6.2 AVALIAÇÃO DA CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO HSOPSC

A análise de confiabilidade do questionário HSOPSC, realizada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, para o instrumento como um todo obteve 0,82; entre as 12 dimensões da cultura de segurança, este coeficiente variou entre 0,64 a 0,92. Ocorreram exceções destes coeficientes em algumas dimensões, que apresentaram índices abaixo do aceitável pela ARHQ (0,60) no Guide User's (Quadro 7).

A evidência aponta que valores menores de alfa de Cronbach são esperados, quando se utiliza constructos de escalas psicométricas, devido a diversidade dos itens que geralmente estas escalas buscam medir, (BOWLING, 2002)

Quadro 7. Detalhamento do alfa de Cronbach para as dimensões de cultura de segurança e variáveis de resultado. Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Dimensões da cultura de segurança do paciente relativas à unidade hospitalar	Alfa Cronbach
1. Expectativas sobre o supervisor/chefe na promoção da segurança do paciente	0,76
2. Aprendizado sobre organizacional/melhoria contínua	0,76
3. Trabalho em equipe dentro das unidades	0,67
4. Abertura para as comunicações	0,72
5. Retorno (<i>feedback</i>) da informação e comunicação dos erros	0,52
6. Respostas não punitivas aos erros	0,76
7. Adequação de pessoal/dimensionamento	0,66
Dimensões da cultura de segurança do paciente relativas ao hospital	Alfa Cronbach
8. Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	0,92
9. Trabalho em equipe entre as unidades/áreas hospitalares	0,64
10. Transferências internas e passagens de plantão/turnos	0,49
Dimensões relativas aos resultados da cultura de segurança do paciente	Alfa Cronbach
11. Percepção geral da segurança do paciente	0,72
12. Frequência de relatórios de eventos adversos	0,48

No estudo de tradução e validação do questionário HSOPSC para o contexto brasileiro, a pesquisadora responsável obteve o valor total de alfa de Cronbach de 0,91) e uma variação deste coeficiente de 0,52 a 0,91, exceto para duas variáveis em que foi muito baixo: “adequação de profissionais” ($\alpha=0,20$) e “respostas não punitivas aos erros” ($\alpha=0,35$) (Reis, 2013).

Outros estudos no país com o mesmo instrumento corroboram com valores deste estudo, como Batalha (2012), com variação de 0,40 a 0,87, e Massoco (2012), de 0,32 a 0,88. Valores baixos de alfa de Cronbach em algumas dimensões também foram encontrados em estudos de validação do HSOPSC na versão turca ($\alpha=0,19$ e $\alpha=0,35$) Bodur e Filiz (2010), mexicana ($\alpha=0,55$ e $\alpha=0,12$) Dolci *et al.* (2010), holandesa ($\alpha=0,49$) Smits *et al.* (2010) e japonesa ($\alpha=0,46$) Ito *et al.* (2011).

Segundo Streiner (2003), o coeficiente alfa de Cronbach é uma propriedade inerente do padrão de resposta da população estudada, não uma característica da escala por si só, ou seja, o valor de alfa sofre mudanças segundo a população na qual se aplica a escala. Assim, pode-se afirmar que os valores do alfa de Cronbach abaixo de 0,60 encontrados na amostra ($n=397$) desta pesquisa traduzem confiabilidade do instrumento HSOPSC.

6.3 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

Os resultados apresentados na tabela 1 caracterizam os participantes elegíveis neste estudo, quanto a sexo, faixa etária, escolaridade, cargo/função no hospital e tempo de trabalho na área/especialidade.

Tabela 1. Caracterização dos participantes. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, 2017

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	263	66,2
Masculino	134	33,8
Total	397	100
Dados ausentes	0	0
Idade, anos		
Menos de 20	2	0,5
21-30	74	18,6
31-40	115	29,0
41-50	110	27,7
51-60	79	19,9

(continua)

(continuação)

Variáveis	n	%
61 ou mais	16	4,0
Total	396	100
Dados ausentes	1	0,3
Grau de instrução		
Ensino Fundamental	1	0,25
Ensino Médio	38	9,57
Ensino Superior incompleto	35	8,81
Ensino Superior completo	84	21,20
Pós-Graduação (nível especialização)	173	43,56
Pós-Graduação (nível Mestrado ou Doutorado)	66	16,61
Total	397	100
Dados ausentes	0	0
Cargo/função no hospital		
Administrador/diretor	5	1,25
Auxiliar de enfermagem	55	13,85
Cirurgião Dentista	2	0,50
Enfermeiro	57	14,35
Farmacêutico/bioquímico	17	4,28
Fisioterapeuta	18	4,53
Médico do corpo clínico/assistente	57	14,35
Médico residente	32	8,06
Nutricionista	7	1,76
Técnico de laboratório, ecocardiograma, radiologia	35	8,81
Técnico de enfermagem	79	19,89
Outros	33	8,31
Total	397	100
Dados ausentes	0	0
Tempo de trabalho na área/especialidade, anos		
Menos de 1	86	21,6
1-5	45	11,4
6-10	59	14,8
11-15	42	10,6
16-20	68	17,2
21 ou mais	97	24,4
Total	397	100
Dados ausentes	0	0

(conclusão)

Dentre as características sociodemográficas da população do estudo, o sexo feminino predominou, com total de 263 (66,2%) participantes. A idade da população se concentrou nas faixas etárias de 31 a 40 anos, com total de 115 (29%), e de 41 a 50 anos, com total de 110 (27,7%) participantes.

O questionário HSOPSC originalmente não investigava a característica “escolaridade” dos participantes. No entanto, para melhor analisar este aspecto sociodemográfico como um dos fatores contribuintes na formação ou na mudança da cultura de segurança do paciente, buscou-se então conhecer esta variável, de acordo com as modalidades do ensino brasileiro. Assim, 85 (21,4 %) participantes concluíram o Ensino Superior, 171 (43,1%) indicaram possuir especialização na área e 66 (16,6%) declaram possuir Mestrado ou Doutorado. A maior parte da população participante (145; 36,51%) afirmou possuir tempo de trabalho na área/especialidade acima de 16 anos, tempo compatível com as qualificações alcançadas pelos participantes.

Com relação ao cargo/função no hospital, as categorias profissionais de maior participação neste estudo foram as ligadas à enfermagem, ou seja, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, totalizando 195 (48%) participantes; na sequência, a categoria dos médicos foi a que mais preencheu o questionário da pesquisa (90; 22%).

A tabela 2 apresenta a principal área/unidade de trabalho, o tempo de trabalho no hospital e na atual área/unidade, a carga horária semanal e *status* de contato com paciente. A área de Saúde Mental/Psiquiatria não possuía respondente porque o HUMAP não atendia esta especialidade.

Tabela 2. Principal área/unidade de trabalho, tempo de trabalho no hospital e na atual área/unidade, carga horária semanal e *status* de contato com paciente. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Variáveis	n (%)
Principal área/unidade de trabalho no hospital	
Diversas áreas/nenhuma específica	9 (2)
Clínica médica, unidade renal e enfermaria de doença parasitárias e infecciosas	37 (9)
Clínicas cirúrgicas, centro cirúrgico e centro de material esterilização	82 (21)
Centro obstétrico e maternidade	27 (7)
Enfermaria de pediatria, unidade de neonatologia e centro de terapia pediátrico	47 (12)
	(continua)

<i>(continuação)</i>	
Variáveis	n (%)
Emergência (pronto atendimento médico)	27 (7)
Unidade de terapia intensiva adulto e unidade coronariana	41 (10)
Saúde mental/psiquiatria	0 (0)
Reabilitação/fisioterapia	18 (5)
Farmácia	19 (5)
Laboratório de análises clínicas	23 (6)
Radiologia, hemodinâmica, endoscopia e ultrassonografia	22 (6)
Anestesiologia	13 (3)
Outras	32 (8)
Total	397 (100)
Tempo de trabalho no hospital, anos	
Menos de 1	96 (24)
1-5	80 (20)
6-10	19 (5)
11-15	50 (13)
16-20	38 (10)
21 ou mais	113 (29)
Total	396 (100)
Dados ausentes	1 (0,2)
Carga horária semanal, horas	
Menos de 20	21 (5)
20-39	259 (65)
40-59	92 (23)
60-79	20 (5)
80-99	5 (1)
100 ou mais	0 (0)
Total	397 (100)
Tempo de trabalho na atual área/unidade no hospital, anos	
Menos de 1	110 (28)
1-5	88 (22)
6-10	32 (8)
11-15	57 (14)
16-20	36 (9)
21 mais	74 (19)
Total	397 (100)
Status de contato com o paciente	
Contato direto	385 (97)
Não tem contato direto	12 (3)
Total	397 (100)

(conclusão)

Quanto à pergunta “Há quanto tempo você trabalha neste hospital? ”, 151 (39%) pessoas afirmaram que trabalhavam de “16 a 20 anos” e “21 anos ou mais”; 176 (44%) declararam que trabalhavam há “menos de 1 ano” e “1 a 5 anos”.

Com relação à informação no número de horas trabalhadas, 259 (65%) respondentes trabalhavam entre 20 a 39 horas semanais no hospital e 112 (28%) entre 40 a 79 horas semanais.

Sobre o tempo de trabalho na unidade/áreas, 110 (28%) respondentes informaram trabalhar há “menos de 1 ano” e “de 1 a 5 anos”; apenas 80 (28%) disseram trabalhar de “16 a 20 anos” e “21 anos ou mais”.

Dentre os participantes deste estudo, 385 (97%) interagiam diretamente com os pacientes, e apenas 12 (3%) declararam não ter contato ou interação com o paciente. Os profissionais que não possuíam contato direto com paciente geralmente ocupavam funções gerenciais do hospital ou de unidades/áreas, o que os distanciava da prática assistencial.

6.4 AVALIAÇÃO GERAL DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A seguir, estão os resultados alcançados nas 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, variáveis de resultado da segurança do paciente e distribuição dos resultados das dimensões da cultura de segurança do paciente por unidades/áreas, categoria profissional, interação com o paciente e variáveis de resultados.

6.4.1 Percentual de respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente

Os percentuais de respostas positivas apresentadas a seguir se referem às dez dimensões da cultura de segurança do paciente em relação ao hospital e às unidades/áreas hospitalares, e às duas dimensões de resultados da cultura de segurança do paciente, conforme o questionário HSOPSC (AHRQ, 2004).

A figura 5 exibe os percentuais de respostas positivas, obtidos na avaliação das 12 dimensões cultura de segurança do paciente do HUMAP. As dimensões relacionadas ao nível hospitalar “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas”

(64%), “expectativas sobre supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente” (58%) e “aprendizado organizacional/melhoria contínua” (62%) apresentaram os maiores percentuais, no entanto não são considerados como as fortes da cultura de segurança do paciente.

Quanto as demais dimensões da cultura de segurança do paciente, os resultados exibiram percentuais iguais ou inferiores a 50% de respostas positivas. Sendo portanto, classificadas como áreas com potenciais para melhoria da cultura de segurança do paciente, conforme expõe a figura 5.

Figura 5. Respostas positivas nas dimensões de cultura de segurança de paciente. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Dimensões da cultura de segurança	Percentual de resposta positiva	
1. Trabalho em equipe dentro das unidades/áreas		64%
2. Expectativas sobre supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente		58%
3. Aprendizado organizacional/melhoria contínua		62%
4. Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente		29%
5. Percepção geral da segurança do paciente		35%
6. Retorno da informação e comunicação sobre o erro		43%
7. Abertura da comunicação		46%
8. Frequência de relatos de eventos adversos		36%
9. Trabalho em equipe entre as unidades/áreas		31%
10. Adequação de profissionais		49%
11. Passagem de plantão/turno e transferências		34%
12. Respostas não punitivas ao erro		27%

Nos resultados o *software* da AHRQ “*Hospital Data Entry and Analysis Tool*” calcula e apresenta os percentuais em três áreas de força da cultura de segurança

do paciente, conforme detalhado anteriormente no item 5 deste estudo: áreas de pontos fortes ou positivos, áreas de pontos neutros e áreas de pontos fracos ou frágeis para cada uma das 12 dimensões, como também para cada uma das variáveis (itens) que compõe as dimensões da cultura de segurança avaliada pelo HSOPSC.

Sendo assim, as figuras 6 a 17 exibem os percentuais de respostas positivas ilustradas de cor verde, as neutras na cor bege e as negativas na cor vermelha, alcançados em cada variável (itens) das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente nesta avaliação do HUMAP.

No entanto, é importante ressaltar que para analisar os resultados obtidos com o questionário HSOPSC apenas as áreas de força positiva e negativa da cultura de segurança do paciente serão objeto de análise e discussão no próximo item deste estudo.

Figura 6. Respostas aos itens da dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Figura 7. Respostas aos itens da dimensão “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Figura 8. Respostas aos itens da dimensão “aprendizado organizacional/melhoria contínua”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Figura 9. Respostas aos itens da dimensão “apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Figura 10. Respostas aos itens da dimensão “percepção geral da segurança do paciente”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Figura 11. Respostas aos itens da dimensão “retorno da informação e comunicação sobre erro”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Figura 12. Respostas aos itens da dimensão “abertura da comunicação”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Figura 13. Respostas aos itens da dimensão “frequência de relatos de eventos”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Figura 14. Respostas aos itens da dimensão “trabalho em equipe entre as unidades/áreas”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Figura 15. Respostas aos itens da dimensão “adequação de profissionais”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Figura 16. Respostas aos itens da dimensão “passagem de plantão/turno e transferências”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Figura 17. Respostas aos itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros”. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

A figura 6 apresenta os itens da dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”. O percentual de 46% de respostas positivas ao item A11 (“quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam”) revelou-se como uma área frágil, enquanto que os demais itens não se apresentaram nem como frágeis nem como fortes nesta dimensão da cultura de segurança no HUMAP.

A figura 7 apresenta os itens da dimensão “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança”. O maior percentual foi de 64% de respostas positivas nesta dimensão e foi encontrado no item (variável) B4R (“o meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”), que se traduz como uma área neutra. Todos os demais itens desta dimensão apresentaram percentuais de respostas positivas, que se revelam como áreas neutras da cultura de segurança do paciente no HUMAP.

A figura 8 apresenta os itens da dimensão “aprendizado organizacional – melhoria contínua”. O percentual de 75% de respostas positivas ao item A6 (“estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”) revelou uma área forte. Os itens A13 (“erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui”) e A9 (“após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade”) não se apresentaram nem frágeis e nem fortes nesta dimensão.

A figura 9 apresenta os itens da dimensão “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”. Os percentuais de repostas positivas apresentaram-se menores que 50% (22%, 28% e 38%) em todos os itens nesta dimensão e se revelaram como áreas frágeis com relação a esta dimensão da cultura de segurança no HUMAP.

A figura 10 apresenta os itens da dimensão “percepção geral da segurança”. O percentual de 24% de respostas positivas ao item A15 (“a segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade”) e o percentual de 34% nos itens A17R (“nesta unidade temos problemas de segurança do paciente”) e A18 (“os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.”) se revelaram como áreas frágeis com relação à esta dimensão da cultura de segurança no HUMAP.

A figura 11 apresenta os itens da dimensão “retorno da informação e comunicação sobre erro”. Os percentuais de 36%, 44% e 48% de respostas positivas nos itens C1, C3 e C5, respectivamente, revelam uma área fraca nesta dimensão da cultura de segurança no HUMAP.

A figura 12 apresenta os itens da dimensão “abertura da comunicação”. O percentual de 35% de respostas positivas ao item C4 (“os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores”) e o percentual de 40% ao item C6R (“os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo”) revelaram áreas frágeis nesta dimensão da cultura de segurança no HUMAP.

A figura 13 apresenta os itens da dimensão “frequência de relato de eventos”. Os percentuais de respostas positivas em todos os itens revelaram áreas frágeis com relação à esta dimensão da cultura de segurança no HUMAP.

A figura 14 apresenta os itens da dimensão “trabalho em equipe entre as unidades”. Os percentuais de 38%, 32%, 30% e 26% de respostas positivas respectivamente aos itens F6R (“muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital”), F10 (“as unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes”), F4 (“há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto”) e F2R (“as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si”) revelaram áreas frágeis nesta dimensão da cultura de segurança no HUMAP.

A figura 15 apresenta os itens da dimensão “adequação de profissionais”, a qual busca conhecer as implicações do quantitativo de profissionais e o tipo de vínculo empregatício na segurança do paciente na percepção dos profissionais participantes da pesquisa. O percentual de 39% ao item A2 (“temos profissionais, independente do vínculo empregatício, suficientes para dar conta da carga de trabalho”) e o percentual de 32% ao item A14R (“nós trabalhamos em ‘situação de crise’, tentando fazer muito e muito rápido”) revelaram áreas frágeis nesta dimensão da cultura de segurança no HUMAP.

A figura 16 apresenta os itens da dimensão “passagem de plantão/turno e transferências”. Os percentuais de respostas positivas em todos os itens desta dimensão da cultura de segurança no HUMAP revelaram-se como áreas frágeis.

A figura 17 apresenta os itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros”. O percentual de 22% de respostas positivas ao item A8R (“os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles”), o percentual de 28% ao item A12R (“quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa, e não sobre o problema”) e o percentual de 29% ao item A16R (“os profissionais se preocupam que seus erros, sejam registrados em suas fichas funcionais”) revelaram-se como áreas frágeis nesta dimensão da cultura de segurança no HUMAP.

Dentre todas as variáveis das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, apenas o item A6 (“estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”) atingiu o percentual de 75% de respostas positivas, revelando-se como uma área forte da cultura de segurança do paciente.

6.4.2 Porcentuais das variáveis de resultado da cultura de segurança do paciente

O questionário HSOPSC possui duas variáveis de resultados da cultura de segurança, avaliadas em seções diferentes do instrumento, a saber: Seção E - “Nota da segurança do paciente: por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital” e Seção G - “Número de eventos adversos relatados nos últimos 12 meses”. Assim, os participantes desta pesquisa avaliaram a cultura de segurança do paciente do HUMAP concedendo um conceito à segurança do paciente em relação à unidade/área de trabalho, de acordo com a Seção E, expresso como “excelente”, “muito bom”, “aceitável”, “ruim” e “muito ruim”. A figura 18

apresenta a nota de segurança do paciente concedida pelos participantes. A maior nota concedida foi “aceitável” (65%) enquanto que “ruim” e “muito ruim” atingiram (18%) dentre os participantes.

Figura 18. Percepção geral de segurança do paciente dos profissionais do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

A figura 19 apresenta a variável de resultado da cultura de segurança do paciente da Seção G. Esta variável identificou o percentual de 74% dos profissionais que não notificaram nenhum evento adverso nos últimos 12 meses anteriores a este estudo; apenas 26% dos profissionais informaram que relataram um ou mais evento adversos relacionados aos cuidados em saúde acontecido em sua unidade/área de trabalho.

Figura 19. Eventos adversos notificados nos últimos 12 meses, no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

6.5 RELAÇÕES DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE POR UNIDADES/ÁREAS DE TRABALHO

Neste item são apresentadas as relações entre as respostas positivas das 12 dimensões da cultura de segurança e as unidades/áreas hospitalares de acordo com as do HSOPSC.

A tabela 3 exibe a distribuição dos resultados dos percentuais de respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente por unidades/áreas de trabalho avaliadas no HUMAP.

Tabela 3. Repostas positivas das dimensões da cultura de segurança por unidades/áreas de trabalho. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Dimensões da cultura de segurança do paciente	Unidades/áreas de Trabalho										
	Anst	Emg. Pam	UTI UCO	Lab. Anl.	Cl.MD IP	Obst Mat.	Ped Neo.	Farm Hosp	Radi Hem	Fisio.	CLCi CC
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1. Trabalho em equipe dentro das unidades/áreas	52	79	70	58	63	65	87	79	59	75	53
2. Expectativas sobre supervisor e ações promotoras da segurança	10	67	68	75	55	65	79	74	56	67	60
3. Aprendizado organizacional e melhoria contínua	10	67	68	75	55	65	79	74	56	67	60
4. Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	36	26	21	38	23	47	35	18	18	41	27
5. Percepção geral da segurança do paciente	27	29	37	47	30	26	50	49	33	36	32
6. Retorno da informação e comunicação do erro	15	36	43	38	38	31	70	65	35	46	41
7. Abertura da comunicação sobre riscos	28	43	46	38	50	42	65	70	45	44	42
8. Frequência de relatos de eventos adversos notificados	23	17	32	41	36	20	62	61	21	35	39
9. Trabalho em equipe entre as unidades/áreas	31	32	24	34	25	38	45	22	17	36	33
10. Adequação e dimensionamento de profissionais	37	59	57	32	43	49	50	45	51	56	43
11. Passagem de plantão/turno e transferências de pacientes	8	36	33	22	36	23	62	20	9	47	34
12. Resposta não punitiva ao erro	64	23	21	19	31	16	33	37	8	26	29

As unidades/áreas de emergência (PAM), farmácia hospitalar, fisioterapia, laboratório de análises clínicas e pediatria e neonatologia foram as únicas que apresentaram algumas dimensões com percentual $\geq 75\%$ de respostas positivas. Dentre estas, a pediatria e neonatologia foram as unidades/áreas que se apresentam com maior percentual nas dimensões “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas” (87%), “expectativas sobre o supervisor e ações promotoras de segurança do paciente” (79%) e “aprendizado organizacional para a segurança do paciente (79%),

o que possibilitou classificá-las como áreas com pontos fortes ou positivos em cultura de segurança.

Destacam-se também, entre todas as unidades/áreas, os percentuais de frequência de resposta positivas que variam de 8% a 50% nas dimensões “apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, “trabalho em equipe entre as unidades/áreas” e “resposta não punitiva aos erros”, as quais podem ser consideradas como áreas fracas ou frágeis na cultura de segurança do paciente.

De acordo com a tabela 4, as maiores médias das notas “aceitável” (74%) e “muito boa” (34%) encontraram-se distribuídas em todas as unidades/áreas hospitalares. Com isto, todas as unidades/áreas hospitalares alcançaram maiores percentuais da nota “aceitável” de segurança do paciente.

Tabela 4. Nota de segurança do paciente por unidade/área de trabalho. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Nota de segurança Por área	Unidades/Áreas de Trabalho											Total
	Anst	Emg. Pam	UTI UCO	Lab. Anl.	Cl.M. DIP	Obst Mat.	Ped Neo.	Farm Hosp	Radi Hem	Fisio.	CLCi CC	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
Excelente	0	0	2	4	3	0	9	0	0	6	1	1
Muito boa	23	19	39	48	3	19	57	42	32	44	22	34
Aceitável	46	50	49	26	49	67	26	53	55	33	48	74
Ruim	31	23	7	17	11	11	6	5	14	17	28	2
Muito ruim	0	8	2	4	5	4	2	0	0	0	1	1

Merecem atenção os percentuais “ruim” de nota de segurança do paciente obtidas pelas unidades/áreas anestesiologia (31%), emergência (23%) e clínicas cirúrgicas e centro cirúrgico (28%). Tratava-se de uma variável de resultado, que expressava o julgamento dos profissionais sobre a segurança do paciente vivenciada nestas unidades assistências do hospital.

A tabela 5 apresenta a distribuição dos percentuais da variável de resultado “número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses” entre as unidades/áreas hospitalares do HUMAP nesta pesquisa. O maior percentual (74%) de resultado foi de “nenhum evento adverso”, o qual apresentou percentuais de 57% a 100% entre as unidades/áreas. A tabela 5 ainda apresenta resultados melhores: as

unidades/áreas de clínica médica, enfermagem de doenças parasitárias e infecciosas (DPI) e unidade renal informaram percentual de 40% de notificações de “1 a 5 eventos adversos”, e as áreas de pediatria e neonatologia obtiveram um percentual de 39% dentre as notificações de “1 a 5 eventos adversos”, as quais demonstraram que, em suas equipes, existiam profissionais atentos à importância da vigilância dos incidentes.

Tabela 5. Eventos adversos notificados por unidade/área de trabalho. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Eventos adversos notificados	Unidade/área de trabalho											Total
	Ans t	Emg. Pam	UTI UCO	Lab. Anl.	Cl.M. DIP	Obst Mat.	Ped Neo.	Farm Hosp	Radi Hem	Fisio.	CLCi CC	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
Nenhum evento	100	67	68	91	57	78	60	63	82	81	81	74
1-2	0	15	15	4	35	22	22	21	14	13	6	15
3-5	0	19	17	4	5	0	13	16	0	6	9	7
6-10	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	2	2
11-20	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	1	1
21 ou mais	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1

6.6 RELAÇÕES DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE POR CATEGORIA PROFISSIONAL

A tabela 6 exibe a distribuição dos percentuais de respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente, obtidas por categoria de profissionais. Fisioterapeutas, cirurgiões dentistas e fonoaudiólogos e farmacêuticos e bioquímicos foram as categorias que apresentaram os melhores percentuais nas dimensões “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas” (77%), “expectativas sobre o supervisor e ações de promotoras de segurança” (79%), “aprendizado organizacional e melhoria contínua” (76%). Já as dimensões da cultura de segurança “apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, “percepção geral da

segurança do paciente”, “frequência de relatos de eventos adversos”, “trabalho em equipe entre as unidades/áreas” e “respostas não punitiva aos erros” não atingiram resposta positiva de segurança do paciente em nenhuma categoria profissional, uma vez que todas estas dimensões se apresentam com percentual igual ou abaixo de 50% de respostas positivas.

Tabela 6. Repostas positivas das dimensões da cultura de segurança por categoria profissional. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Dimensões da cultura de segurança do paciente	Categoria profissional							
	Adm. Ger.	Med. Resd	Nut A.C.	Aux Enf	Farm. Bioq	Enf. T.E.	Te.Rad Te.Lab	Fiso. T.Op
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1. Trabalho em equipe dentro das unidades/áreas	45	65	32	60	71	69	61	77
2. Expectativas sobre supervisor e ações de segurança do paciente	40	61	89	56	57	58	54	79
3. Aprendizado organizacional e melhoria contínua	67	64	67	62	76	62	70	70
4. Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	7	34	71	20	25	28	32	38
5. Percepção geral da segurança do paciente	36	28	46	40	47	34	49	39
6. Retorno da informação e comunicação sobre o erro	20	43	48	38	33	47	54	48
7. Abertura da comunicação sobre os riscos	40	55	24	43	41	47	55	45
8. Frequência de relatos de eventos adversos	25	33	48	41	31	37	50	33
9. Trabalho em equipe entre as unidades/áreas	10	31	36	33	26	33	29	34
10. Adequação e dimensionamento de profissionais	50	47	68	45	32	53	45	57
11. Passagem de plantão/turno e transferências	25	36	25	37	19	38	21	46
12. Respostas não punitiva aos erros	20	27	29	22	20	24	29	27

A distribuição dos percentuais da variável de resultado “notas de segurança do paciente” por categoria profissional, apresentada na tabela 7, apontou que as melhores notas foram “muito boa” e “aceitável”, distribuídas entre todas as categorias profissionais. As categorias profissionais que apresentaram percentuais de notas “ruim” e “muito ruim” foram os enfermeiros e técnicos de enfermagem (15% e 4%, respectivamente), farmacêuticos e bioquímicos (12% e 6%, respectivamente) e médicos assistentes e residentes (17% e 2%, respectivamente).

Tabela 7. Notas de segurança do paciente por categoria profissional. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Nota de segurança do paciente	Categoria profissional							
	Adm. Ger.	Med. Resd	Nut A.C.	Aux Enf	Farm. Bioq	Enf. TE.	Te.Rad Te.Lab	Fiso. T.Op
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Excelente	0	1	0	5	0	4	3	5
Muito bom	40	32	43	25	41	29	46	50
Aceitável	60	48	57	55	41	49	37	30
Ruim	0	17	0	15	12	15	14	15
Muito ruim	0	2	0	0	6	4	0	0

A tabela 8 exibe a distribuição do número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses por categoria profissional.

Os maiores percentuais foram “nenhum evento” apontados em todas as categorias. As categorias profissionais que apresentaram maiores percentuais de “1-2 eventos” e “2-5 eventos” relatados nos últimos 12 meses foram a enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (44%) e médicos assistentes e médicos residentes (35%). A área de enfermagem teve percentual de 5% notificações de “6-10 eventos”, “11-20 eventos” e 21 eventos ou mais” nos últimos 12 meses.

Por outro lado, a tabela 8 exibe que, em todas as categorias de profissionais os maiores percentuais de números de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses, encontram-se localizados em “sem eventos”.

Tabela 8. Eventos adversos notificados nos últimos 12 meses por categoria profissional. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Número de eventos adversos	Categoria profissional							
	Adm. Ger.	Med. Resd	Nut A.C.	Aux Enf	Farm. Bioq	Enf. TE.	Te.Rad Te.Lab	Fiso. T.Op
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Sem eventos	80	65	86	89	82	66	77	83
1-2	20	25	0	7	12	15	14	11
3-5	0	10	14	2	6	13	9	6
6-10	0	0	0	2	0	2	0	0
11-20	0	0	0	0	0	2	0	0
21 ou mais	0	0	0	0	0	1	0	0

6.7 RELAÇÕES DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE POR INTERAÇÃO COM O PACIENTE

A tabela 9 apresenta a relação dos percentuais das respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente pelo *status* de interação com os pacientes. A maior média (48%) das dimensões da cultura de segurança do paciente ocorreu entre os profissionais que não possuíam interação ou contato com o paciente, quando comparada com menor média (43%) das dimensões da cultura de segurança do paciente entre os profissionais que possuíam interação com os pacientes.

Tabela 9. Percentuais de respostas positivas obtidas pelas dimensões da cultura de segurança do paciente por status de interação com os pacientes. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Dimensões da cultura de segurança do paciente	Com interação/contato	Sem contato/interação
	(n=385) (%)	n=12 (%)
1. Trabalho em equipe dentro das unidades/áreas de trabalho	63	69
2. Expectativas sobre supervisor e ações promotoras de segurança do paciente	58	64
3. Aprendizado organizacional e melhoria contínua	62	67
4. Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	29	42
5. Percepção geral da segurança do paciente	35	31
6. Retorno da informação e comunicação do erro	43	44
7. Abertura da comunicação sobre os riscos	46	42
8. Frequência de relatos de eventos adversos notificados	36	35
9. Trabalho em equipe entre as unidades/áreas de trabalho	31	41
10. Adequação e dimensionamento de profissionais	48	53
11. Passagem de plantão/turno e transferências de pacientes	33	52
12. Respostas não punitiva aos erros	26	33
Média entre as dimensões	43	48

Os percentuais de respostas positivas nas dimensões “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas de trabalho”, “expectativas sobre supervisor e ações promotoras de segurança do paciente” e “aprendizado organizacional e melhoria contínua”, sejam no grupo dos profissionais que possuíam interação, seja nos que não possuíam interação com o paciente, foram entre 69% a 53% e se revelaram como áreas neutras da cultura de segurança.

Os percentuais 26% e 53% de respostas positivas das demais dimensões da cultura de segurança, respectivamente dos grupos de profissionais com e sem interação com paciente, revelaram-se como áreas frágeis da cultura de segurança do paciente.

A tabela 10 exibe o resultado da relação entre a variável de resultado “nota de segurança do paciente” e o *status* de contato com o paciente. O resultado revelou que os profissionais que possuíam contato com o paciente concederam percentuais de notas nas extremidades “excelente” (3%) e “muito ruim” (2%); os não possuíam interação com o paciente concederam notas “muito boa” (50%), “aceitável” (42%) e “ruim” (8%).

Tabela 10. Notas de segurança do paciente e *status* de interação com os pacientes. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Nota da segurança do paciente	Com interação/contato (%)	Sem contato/interação (%)
Excelente	3	0
Muito Bom	31	50
Aceitável	47	42
Ruim	16	8
Muito ruim	2	0

A tabela 11 apresenta a relação entre a variável de resultado “Número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses” e o *status* de contato dos profissionais com o paciente. Houve um percentual maior (41%) de notificações de eventos do grupo de profissionais que não interagem com o paciente.

Tabela 11. Eventos adversos e *status* de interação com os pacientes. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Eventos adversos	Com interação/contato (%)	Sem interação/contato (%)
Nenhum evento adverso	74	58
1-2	14	33
3-5	8	8
6-10	2	0
11-20	1	0
21 ou mais	1	0

6.8 APRESENTAÇÃO DOS COMENTÁRIOS DOS PARTICIPANTES SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE

A última questão do questionário HSOPSC constava na Seção I: “Seus Comentários: Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital”. Tratava-se, pois, de um convite aos participantes para que fizessem seus comentários descritivos sobre a segurança do paciente, os quais julgassem importantes.

Esta questão descritiva, foi respondida por 101 participantes, resultando um percentual (25,4 %) da amostra da população do estudo (397). As respostas transcritas desta questão estão relacionadas no Apêndice I.

Após a transcrição de todos os comentários subjetivos dos profissionais, foi realizada a composição das unidades de análise de conteúdo de cada discurso, que, em seguida, foram categorizadas, de acordo com as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, e agrupadas por inferência desta pesquisadora.

Dentre todas as unidades de análise de conteúdo dos profissionais, apenas a dimensão “retorno da informação e comunicação do erro” não foi contemplada nos discursos destes participantes.

O quadro 8 apresenta as unidades de análise de conteúdo dos comentários dos profissionais, as quais exibem percepções positivas e negativas da segurança do paciente em todas as dimensões. Por outro lado, as unidades de análise de conteúdo que se repetiram e tiveram ênfase nos discursos de alguns profissionais se referiram à dimensão “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”.

Quadro 8. Unidades de análise de conteúdo dos comentários dos profissionais, na questão discursiva do item I do questionário. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil, 2017

Dimensões	Unidades de Análise de Conteúdo
Trabalho em equipe dentro das unidades/áreas	<i>“[...] sempre existiram mudanças, porém, havia acima de tudo respeito com a pessoa do servidor.” [...] , somos todos empenhados a minimizar da melhor forma possíveis danos. ” - “A segurança do paciente merece uma interação maior de todos da equipe, tenho dúvidas se transformar os eventos em estatística realmente irá privilegiar o paciente. Acredito que sejam mais necessárias ações mais concretas antes da formação de banco de dados dos eventos.” “[...]; Falta de comunicação entre a equipe multidisciplinar.” [...]um local de cuidados muito específico por se tratar de prematuros, sempre a visão de toda a equipe e manter a segurança dos nossos pacientes [...]”</i>
Expectativas sobre os supervisores/ chefes na promoção da segurança do paciente	<i>“Infelizmente existe uma barreira muito grande entre nós técnicas em enfermagem e a chefia imediata e isso tem causado alguns problemas em relação à segurança do paciente. Isso poderia melhorar se eles abrissem espaço para no mínimo nos ouvir”. “Discutir normas, procedimentos e demais atitudes em relação seja ao setor ou à equipe ou ao paciente com a equipe antes de implementá-las e não chegar com arbitrariedade com coisas que muitas vezes não ajudam para a melhora de assistência ao cliente enfermo e ao seu cuidador.” “A segurança é configurada como uma postura individual e não como estratégia institucionalizada [...]”</i>
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	<i>Há muitos colaboradores inexperientes ainda, em processo de aprendizagem dos procedimentos e rotinas no hospital [...]. Faltam treinamentos técnicos por equipe em procedimentos básicos e entendimento sobre sua importância.” “[...] o serviço está preso a velhas rotinas e a crença que se sobrepõe as evidências de melhor cuidado com a segurança do paciente”</i>
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	<i>“O nosso hospital está muito descuidado. Há muita falta de material, insumos, medicações, devido ao mau gerenciamento por esta direção, isto acaba refletindo sobre os melhores cuidados com o do paciente, da sua melhora patológica [...]” “[...] sinto a necessidade de um processo de gestão mais próximo dos profissionais. Penso que condições técnicas estão ficando obsoletas, e a atualização dos profissionais tem sido relegada a segundo plano por falta de interesse do governo”. “[...] não creio que num hospital onde faltam materiais e medicação básica sejamos voltados para a segurança dos pacientes, e até mesmo dos funcionários”. “A falta de material compromete muito a prestação de uma assistência segura e livre de danos ao paciente. É desgastante para a equipe ter que ficar inventando gambiarras, fora que os mesmos causam ou podem causar danos numa assistência de qualidade[...].” “Um agravante presente em nossa rotina de trabalho é a falta de equipamentos e materiais médico-hospitalares básicos/indispensáveis à qualidade da assistência, de forma a garantir a segurança do paciente e da equipe.” “[...] lamentamos quanto à segurança do paciente em visão da direção do hospital [...]”</i>

(continua)

(continuação)

Dimensões	Unidades de Análise de Conteúdo
Percepções geral sobre segurança do paciente	<i>“O setor de urgência e emergência, devido à sua característica, está constantemente exposto a problemas de segurança do paciente e da equipe devido também à superlotação. [...] ao longo dos anos passaram a não realizar procedimentos de segurança ao paciente com a prerrogativa de que “se perdeu com os anos”, “que isso não se faz mais”. Neste setor pude perceber erros em prescrições e muitas vezes a não valorização da pulseira de identificação. [...] “Nossa equipe busca sempre prestar um atendimento seguro ao paciente, mas nos faltam condições materiais e física para que isso ocorra [...]”</i>
Abertura para as comunicações	<i>“Acredito que assim como em outros hospitais, presenciamos diversos eventos adversos que nos sentimos impedidos ou não encontramos uma forma de agir para que isto não ocorra. Como por exemplo, alguns procedimentos médicos que as vezes geram danos aos pacientes”. “[...] Erros graves nas prescrição de medicamentos; erros graves na preparação e administração de medicamentos [...] mas não se pode falar [...]”</i>
Frequência de relatos de eventos	<i>[...] eventos quando ocorrem, ao meu ver, são pouco notificados por medo da repressão. [...] aqueles que acreditam ser Deus, porém quase nunca sofre as devidas penalidades, com isso contribui para o descaso com a segurança do paciente e não havendo registro dos eventos no hospital.” “[...] Falta de registro em prontuário ou dados incompletos e pobres [...]”</i>
Trabalho em equipe entre as unidades/ áreas hospitalares	<i>[...] faz-se necessário um elo de ligação maior entre os enfermeiros que atuam nas especialidades e a direção do hospital”. “No hospital existem muitas pessoas com o poder de decisão/chefia e muitas vezes não entram em acordo sobre vários fatores, ou seja, um fala uma coisa outro o contrário, inclusive sobre segurança do paciente”</i>
Adequação de profissionais/ dimensionamento de pessoal	<i>“O remanejamento de funcionários de unidade de terapia intensiva para suprir as outros setores sobrecarrega os funcionários e compromete a segurança do paciente.” [...] Profissionais de diferentes áreas despreparados e sem supervisão/orientação.” “Há falta de treinamento especializado para o setor que colocam os novos funcionários. Ao meu ver esse é o maior problema para segurança do paciente.” “[...] Falta de educação continuada e permanente [...]” “Na atual gestão, muitos profissionais recém-admitidos requerem treinamentos e capacitações [...]” “Antes de se ter uma segurança do paciente, ... um profissional que necessita de atenção, estímulo e valorização. Algo que não está existindo neste hospital [...]”</i>
Transferências internas e passagens de plantão/turnos	<i>“[...] tenho medo de ‘passar o plantão’. Isso não é bom para nossa profissão. [...] esses ‘profissionais’ não se sentem responsáveis por nada e nem por ninguém, tenho muito receio de passar o plantão. [...]” “Falta de passagem plantão enfermagem [...]”</i>
Respostas não punitivas aos erros.	<i>“Percebo que em nossa cultura organizacional, enfatiza-se o profissional e sua atitude quando se percebe o dano instalado.” “[...] espero que a partir destas ações, os olhares dos gestores estejam voltados para a redução dos casos adversos e menos na correção e punição como observo”</i>

(conclusão)

7 Discussão

7 DISCUSSÃO

Na discussão dos resultados a seguir apresentada, buscou-se atender os pressupostos das dimensões da cultura de segurança do paciente estabelecidos no questionário HSOPSC, visando decifrar a cultura de segurança do paciente, compartilhada no HUMAP.

7.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA EQUIPE DE SAÚDE

O HUMAP foi construído em 1971 para atender à formação na área da saúde no sul do antigo Mato Grosso e tornou-se referência estadual vinculado ao SUS em várias especialidades médicas.

Em 2013, o hospital passou a ser administrado pela EBSEH, empresa vinculada ao Ministério da Educação. Dentre as ações do plano de recuperação do hospital, destaca-se o aumento do quadro de pessoal, em torno de 842 novos profissionais com vínculo trabalhista pela Consolidação da Leis do Trabalho (CLT), nas áreas da saúde e administrativa (HUMAP, 2016).

O questionário HSOPSC permitiu identificar o perfil sociodemográfico dos profissionais “antigos e novos” do HUMAP, composto por auxiliares de enfermagem, farmácia e cozinha, bioquímicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, residentes, odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, laboratório e radiologia e terapeutas ocupacionais e, na percepção destes, mensurar as variáveis das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente.

Dentre as características sociodemográficas dos participantes nesta pesquisa, merece destaque a predominância do sexo feminino; das idades adulto jovem (31 a 40 anos, e 41 a 50 anos); do tempo de trabalho destes profissionais no hospital com menos de 1 ano e até 15 anos; e menos de 1 ano de tempo de trabalho na atual área/unidade do hospital. Estes fatores permitem inferir que o HUMAP possui atualmente um considerável contingente de profissionais do sexo feminino, adultos jovens, com pouco tempo de trabalho no hospital e nas áreas/unidades do mesmo, compondo a força de trabalho na área da saúde.

A maior presença de mulheres é uma característica marcante da força de trabalho na área da saúde no país, representando mais de 70% de todo contingente

da área (MACHADO; VIEIRA, OLIVEIRAS, 2012). Esta feminilização do setor saúde é determinada pela área da enfermagem, pois recente pesquisa do perfil da enfermagem no Brasil (COFEN, 2016) revelou que 84,6% dos profissionais são do sexo feminino.

As mulheres, por sua vez, ampliam cada vez mais sua presença no mercado de trabalho. Segundo o IBGE (2016), elas representaram 52,2% da taxa da população inserida no mercado de trabalho. Estudo da *Princewaterhouse Coopers Brasil* (PWC, 2014) aponta que as mulheres começam a paulatinamente a ocupar postos de liderança, com índices de 25% quando comparado com os homens.

A idade média dos profissionais cresce dia após a dia, o que causa um envelhecimento da força de trabalho no Brasil. Em 2040, prevê-se que mais da metade da força de trabalho ultrapassará os 45 anos (PWC, 2013). Isto se confirma neste estudo, pois a idade revelada pelos participantes se concentrou entre adultos jovens, com limite média de idade aos 50 anos.

Além do envelhecimento dos trabalhadores brasileiros, há mudanças significativas quanto ao perfil do trabalho e às expectativas dos profissionais, relacionadas aos modos de trabalho, às habilidades dos profissionais e aos modelos de gestão do trabalho (PWC, 2012). Dentre as características pertinentes aos novos modos de trabalho, merece destaque a de maior porcentual: “o trabalhador assume a responsabilidade por manter sua empregabilidade”. Este aspecto aplica-se ao regime menos estável na empregabilidade dos profissionais pela EBSERH.

No entanto, há outro aspecto sociodemográfico dos profissionais do HUMAP revelado neste estudo: os poucos anos de trabalho da maioria de seus profissionais no hospital e nas unidades/áreas. Isto revela que estes profissionais devem ter mais anos de trabalho, considerando as novas regras da previdência social, propostas pelo governo brasileiro (Brasil, 2016).

O “pouco tempo” na organização, a previsão longilínea de aposentadoria e a pouca estabilidade de emprego que a CLT proporciona geralmente acarretam maior nível de estresse nos profissionais. Porém, este aspecto pode ser aproveitado pelos gestores e líderes de unidade/áreas na implementação de práticas seguras dos cuidados ao paciente na assistência hospitalar. Goleman (1998, p. 2) afirma que “a responsabilidade de gestão do estresse é tanto do funcionário, quanto da empresa que deve dar suporte para que os comportamentos de risco sejam controlados [...]”.

Esta configuração demográfica revelada pelos profissionais do HUMAP, com forte presença feminina, pouco tempo de trabalho no hospital e com profissionais mais “envelhecidos” na instituição, deve trazer novos valores e relações de poder na cultura organizacional ao longo do tempo neste hospital, com impactos na maneira como é administrado, além de contribuir para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

7.2 AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Nenhuma das dimensões avaliadas em relação às áreas de força da cultura de segurança do paciente foi classificada como de pontos fortes ou positiva.

No entanto, podem-se destacar três dimensões de cultura da segurança do paciente relativas à unidade hospitalar: “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas”, “aprendizado organizacional/melhoria contínua” e “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente”. Elas apresentaram os melhores percentuais de frequência de respostas positivas.

No entanto, estes percentuais de respostas estão aquém de considera-las como áreas fortes ou positivas da cultura de segurança do paciente, de acordo com as orientações da AHRQ, para análise dos dados obtidos com a aplicação do HSOPSC.

Este cenário demonstra que, para os profissionais participantes, a maneira de trabalhar nas unidades/áreas é próxima de um ideal de trabalho como uma equipe, e que existe uma pequena preocupação dos supervisores com a melhoria contínua das práticas assistenciais. A neutralidade sinaliza que estas dimensões possuem um potencial para se tornarem áreas fortes ou positiva, ao demonstrarem um esforço e um avanço na cultura de segurança do paciente dentro das unidades/áreas do HUMAP.

Resultados semelhantes a estes foram revelados no estudo realizado em UTINs de quatro hospitais da Região Sul do país, utilizando o mesmo instrumento de pesquisa, com amostra de profissionais apenas das equipes médica e da enfermagem da unidade. As dimensões “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas” (57%) “aprendizado organizacional/melhoria contínua” (59%) e “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente” (61%) também

apresentaram maiores percentuais, naqueles hospitais, sendo então classificadas como de força neutra da cultura de segurança (TOMAZONI *et al.*, 2015).

O estudo de validação do instrumento de pesquisa HSOPSC para o contexto brasileiro, realizado por Reis (2013) em dois hospitais da Região Sudeste do Brasil, exibiu um resultado semelhante na dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas” (H1=57,3%; H2=64%), além de maiores percentuais nas dimensões “aprendizado organizacional/melhoria contínua” (H1=75%; H2=62,7%) e “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente” (H1=70,5%; H2=73,3%).

Estudo realizado por Mir-Abellán *et al.* (2016) utilizando o mesmo instrumento de pesquisa, em uma população de 276 profissionais de um hospital geral de Barcelona, na Espanha, condiz com a presente pesquisa. Segundo os autores, as dimensões que apresentam-se com os melhores percentuais de respostas positivas foram “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas” (77,8%), “aprendizado organizacional/melhoria contínua” (66,0%), “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente” (71,1%). Elas foram classificadas como as melhores áreas de fortaleza e com oportunidades de melhoria da cultura de segurança deste hospital.

Em outros continentes, há estudos com mesmo instrumento de coleta desta pesquisa e quantitativo de população aproximada ao deste estudo, com resultados semelhantes a este: estudo realizado em dois hospitais universitários do Irã, relatado por Kiaei *et al.* (2015), relata que os melhores percentuais de respostas positivas foram encontrados nas dimensões “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas” (65,93%), “aprendizado organizacional/melhoria contínua” (71,18%), “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente” (71,09%); já estudo realizado em hospital de Jacarta, na Indonésia, por Irviranty *et al.* (2016), teve para as mesmas três dimensões os melhores resultados de respostas positivas, a saber 91,67%, 89,8% e 84,77%. Apesar das diferenças culturais e econômicas destes países com o contexto brasileiro, ambos os estudos apontam que nestas áreas a cultura de segurança já se encontra inclinada positivamente.

O último relatório de avaliação da segurança do paciente, realizado em 382 hospitais nos Estados Unidos, utilizando o HSOPSC, divulgado pela AHRQ (2014), apresenta como as áreas mais fortalecidas dos hospitais avaliados as dimensões “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas” (81%), “aprendizado organizacional/melhoria contínua” (73%), “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras

de segurança do paciente” (76%). Não são percentuais perfeitos, com nota máxima, até porque seria utópico, mas traduzem uma cultura de segurança reconhecida e fortalecida nestas organizações hospitalares.

Estes aspectos são factíveis nas organizações quando se nota uma cultura organizacional com valores e atitudes individuais e de grupo, voltados ao desejo de aprender constantemente inserida no DNA de seus profissionais, que deve ser motivada e inspirada em supervisores com uma liderança de aprendizagem. Isso significa que *“as organizações e seus líderes terão que se tomar aprendizes perpétuos”* (SCHEIN, 2009, p. 366).

As unidades/áreas HUMAP, nas quais as três dimensões da cultura de segurança do paciente, apresentam-se com os melhores percentuais de respostas positivas, possuem potencial para fortalecer a cultura de segurança entre os supervisores/chefes e profissionais da ponta da assistência aos pacientes.

O escore mais elevados nestas dimensões poderão ser atingidos como nos países descritos na proporção em que as lideranças de gestão do hospital e de unidades/áreas influírem nos comportamentos dos outros, para que busquem estratégias de comunicação, com vistas a melhorar o trabalho em equipe, e ordenem que se atinjam os objetivos e as metas estabelecidas no planejamento de segurança do paciente (DIAS, 2013).

Entre os especialistas na área de segurança do paciente, nota-se um consenso sobre o fato de a liderança e a aprendizagem serem subculturas da cultura de segurança e constituírem elementos pilares de sustentação da cultura organizacional (SCHEIN, 2009; SAMMER *et al*, 2009).

Reconhecer que o ambiente de saúde é uma área de risco deve estar alinhado à visão/missão da organização e é parte das tarefas dos líderes, a nível de macrogestão e das unidades/áreas do hospital. Tal qual a liderança, a cultura da aprendizagem deve promover o aprendizado por meio das falhas humanas, além de encontrar barreiras que melhorem os processos de trabalho e práticas assistenciais.

7.3 COMPARAÇÃO DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE AS UNIDADES DO HOSPITAL E CATEGORIA PROFISSIONAL

Os cuidados de saúde, como em outras organizações, apresentam um processo organizacional caracterizado pela cultura constituída de atributos, como crenças,

atitudes, comportamentos e valores. Isto determina a variação da cultura entre as unidades/áreas especializadas da saúde, assim como variam conforme cada indivíduo (SCHEIN, 2009).

As unidades/áreas de pediatria/neonatologia e a farmácia hospitalar foram as que apresentaram maiores percentuais nas dimensões “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas”, “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente” e “aprendizado organizacional/melhoria contínua”. Foram classificadas como áreas de pontos fortes ou positivas da cultura de segurança, revelando que os supervisores/chefe realizavam ações promotoras de segurança do paciente, e que os profissionais desenvolviam um trabalho em equipe e buscavam o aprendizado contínuo de suas práticas.

Por outro lado, nestas mesmas unidades/áreas, houve dimensões da cultura de segurança do paciente relacionadas ao hospital com percentuais de respostas positivas baixos, a saber: “apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, “trabalho em equipe entre as unidades do hospital” e “passagem de plantão/turno e transferências de pacientes”. Compreende-se assim que há pouco apoio dos gestores em relação à segurança do paciente, e que não está satisfatório o trabalho em equipe entre as unidades do hospital, e que existem problemas em relação a passagem de plantão/turno e transferências de pacientes no hospital.

As áreas de clínica médica, enfermagem de DPI, unidade renal, anestesiologia, centro obstétrico, maternidade, radiologia, clínica cirúrgica I e II, centro cirúrgico e centro de material e esterilização apresentaram os menores percentuais de respostas positivas nas 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, revelando-se como áreas de pontos neutros, fracos ou frágeis de segurança do paciente.

Destaque deve ser dado aos resultados obtidos pelas unidades/áreas de pronto atendimento médico (emergência), UCO e UTI adulto, que são áreas de especialidades e que, por sua vez, alcançaram maiores percentuais nas dimensões “aprendizado organizacional/melhoria contínua” e “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente”, o que se assemelham ao encontrado no atendimento aos pacientes críticos.

Estes percentuais de respostas positivas nestas dimensões, encontradas nas unidades/áreas de pacientes críticos, estão em consonância com os resultados do estudo semelhante de avaliação da cultura de segurança realizado em três UTI adulto no Estado de São Paulo (SANTIGO; TURRINI, 2015), mas é importante destacar que

nestas UTI não ocorreram nenhum percentual abaixo de 50%, resultado diferente das unidades/áreas do hospital deste estudo.

Todas as unidades/áreas revelaram na variável de resultados “nota geral de segurança do paciente” maior percentual de nota para o conceito “aceitável”, indicando uma segurança do paciente aceitável ou mediana na percepção dos profissionais. Unidades/áreas como laboratório de análises clínicas, pediatria/neonatologia e fisioterapia foram as que conceberam maiores percentuais respectivamente de nota “muito boa”, revelando que os profissionais destas unidades percebiam que o HUMAP oferecia práticas assistências seguras nestas áreas.

Os achados encontrados na dimensão relativa à variável de resultados da cultura de segurança do paciente “nota geral de segurança do paciente”, todas as unidades/áreas apresentaram nesta variável o maior percentual (74%) para nota “aceitável”, revelando um conceito regular ou mediano de segurança do paciente, na percepção dos profissionais. No entanto, as unidades/áreas Laboratório de Análise Clínica, Pediatria/Neonatologia e Fisioterapia foram as que conceberam maiores percentuais (48%, 57% e 44%, respectivamente) de nota “muito boa”, revelando que os profissionais destas unidades percebem que o HUMAP, oferece práticas assistências seguras nestas áreas.

Na dimensão relativa à variável de resultados da cultura de segurança do paciente “número de eventos relatados nos últimos 12 meses” observa-se que a unidade/área de pediatria e neonatologia foram as que resultaram no maior percentual (39%) de respostas de “um a dois eventos ou mais”, enquanto que a área de anestesiologia apresentou 100% de respostas “nenhum evento”. Estes resultados permitem inferir que há muitos desafios para os líderes do hospital enfrentarem em relação à cultura de segurança do paciente. Não ter nenhum incidente notificado, não significa que não ocorrem falhas humanas relacionadas aos cuidados em saúde.

O hospital já possui um sistema próprio de notificação de eventos adversos informatizado denominado de VIGIHOSP, implantado na rede de intranet pela EBSEH. Entretanto, esta cultura de notificação só prospera se os indivíduos que relataram seus incidentes ou que tenham conhecimento perceberem a existência de *feedback* construtivo livre de culpa, no qual a análise do erro seja realizada na perspectiva da abordagem sistêmica de James Reason (2000). Devem perceber que ocorreram benefícios com a notificação, no sentido de ter melhorias nas práticas, com

implantação de barreiras no processo de trabalho, visando prevenir a ocorrência do mesmo incidente.

A literatura apresenta em concordância com estes achados. Estudo realizado em hospital universitário no Irã (KIAEI *et al.*, 2015) apresenta que 72% não relatam nenhum evento. Porém, em estudo realizado em Barcelona, Espanha (MIR-ABELLÁN, 2016), houve maior percentual (59,1%) de declarações de algum evento relatado e, dentre as unidades de trabalho que declaram relatar algum evento, a emergência e a unidade medicina intensiva (47%) e bloco cirúrgico e obstétrico com (20,6%) foram as que mais relataram. Pode-se afirmar que este hospital espanhol demonstra uma inclinação à cultura de segurança do paciente positiva.

Quanto aos resultados das relações entre as dimensões e as categorias profissionais, deve se ressaltar que não houve diferenças importantes na percepção dos profissionais, quando relacionadas com às dimensões da cultura de segurança do paciente.

A categoria de fisioterapeutas e fonoaudiólogos, quando comparados com as demais categorias, foram as que apresentaram percentuais classificatórios de áreas de pontos fortes ou positivos em três dimensões (“trabalho em equipe dentro das unidades/áreas”, “aprendizado organizacional /melhoria contínua” e “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente”). Quanto às demais dimensões da cultura de segurança do paciente, observou-se pontos muito baixos na percepção de todas as categorias, classificando-as como áreas de pontos fracos ou frágeis.

Apesar deste resultado de baixa percepção dos profissionais em muitas dimensões da cultura de segurança do paciente, a variável de resultado da nota geral de segurança do paciente obteve um percentual de 50% na nota “muito boa”, entretanto as categorias de médicos, enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem resultaram nos maiores percentuais de notas “aceitável”, “ruim” e “muito ruim”. Outras variáveis de resultados da cultura de segurança do paciente que merecem destaque são os achados de maiores percentuais encontrados nos números de eventos relatados por categorias, nas respostas acima de um evento relatado ou mais nos últimos 12 meses nos profissionais de enfermagem, medicina, técnicos de radiologia e laboratório.

Corroboram estes resultados os estudos realizados na China (NIE *et al.*, 2013) e em Jacarta, na Indonésia (IRIVIRANTY *et al.* 2016) nos quais foram encontrados

resultados semelhantes com destaque para duas categorias medicina e enfermagem, ambas apresentam as menores taxas de respostas positivas.

Em relação a percepção da segurança entre as categorias de profissionais, observa-se que não se pode fazer uma generalização dos profissionais, pois cada qual possui distintas formações sobre a segurança do paciente nos seus currículos de graduação.

Por último, destaca-se a variável que aborda a interação ou contato direto do profissional com o paciente. Neste estudo os resultados apontaram que as respostas mais positivas em ambas as situações “com interação” e “sem interação” foram nas dimensões “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas”, “aprendizado organizacional /melhoria contínua” e “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente”. Quanto a relação entre ter contato ou não com paciente com a nota geral de segurança do paciente, resultou em maior percentual (47%) da nota “aceitável” concedida pelos profissionais que possuem interação e pelos profissionais que não possuem interação com o paciente o maior percentual (50%) conceberam a nota muito boa.

Estes resultados se alinham com os encontrados pela AHRQ (2014) revelando que aqueles que não possuem contato direto com os pacientes tem maior porcentagem nas notas “excelente” e “muito boa”. Segundo esta agencia é uma tendência quase natural que está diretamente prestando os cuidados tende a expressar avaliações menos positivas da cultura de segurança do paciente.

7.4 ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS COMENTÁRIOS DOS PROFISSIONAIS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

A partir dos comentários dos profissionais, na abordagem qualitativa do questionário HSOPSC, a segurança do paciente se apresenta na percepção subjetiva destes como componente desde ético, no compromisso com o “cuidar do outro”, até as responsabilidades dos gerentes em prover as condições materiais para prestar uma assistência de qualidades aos pacientes.

Os discursos na sua totalidade de categorias desvelaram, na percepção de muitos, que a área de segurança do paciente neste hospital ainda está em processo de construção e implantação; outros a consideram muito frágil, necessitando ainda de muitas ações de melhorias.

Dentre as categorias estabelecidas nos discursos dos profissionais, destacam-se as seguintes dimensões da cultura de segurança do paciente: “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas”, “expectativas sobre os supervisores/chefes na promoção da segurança do paciente”, “aprendizado organizacional e melhoria contínua” e “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”.

Em relação a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas”, os profissionais revelaram que há necessidade de maior interação e comunicação entre a equipe multidisciplinar, perceberam a importância da segurança e afirmaram que se empenham em minimizar os danos aos pacientes, mas apontam que junto das mudanças pelas quais o hospital vem passando não veio respeito com a pessoa do servidor.

Nesta dimensão, os discursos demonstram semelhança com área de força neutra que a mesma atingiu na abordagem quantitativa do questionário, pois a tendência foi serem apontadas as fragilidades e de reconhecer a importância da segurança.

O trabalho em equipe já foi bem menos importante nos cuidados em saúde, quando estes eram mais simples, o contexto e o ritmo eram outros. Com as inovações de tecnologias cada vez mais complexas nos tratamentos clínicos e cirúrgicos, estes passaram a exigir mais integração da equipe, e isso fez a área da saúde aprender a como fazer a equipe trabalhar com segurança (WACHTER, 2013).

A necessidade de integração torna-se evidente, principalmente quando se consideram todas as dimensões envolvidas nos cuidados e nas necessidades do paciente, como biológicas, psicológicas, sociais e culturais, as quais cada vez mais têm exigido investimentos efetivos na integração das pessoas e nas suas ações (PEDUZZI, LEONELLO, CIAMPONE, 2016).

Para a questão das falhas em comunicação, muito apontada nos discursos, deve-se lembrar dos investimentos para organizar o trabalho e da comunicação com ferramentas do tipo SBAR. Os recursos da tecnologia da informação podem ser utilizados como barreiras nas falhas de comunicação.

No que se refere à dimensão “expectativas sobre os supervisores/chefes na promoção da segurança do paciente”, os discursos dos profissionais emergiram mais fragilidades do que potencialidades na percepção e no juízo de valor que estes fazem sobre suas “chefias imediatas”. A fala constante foi o distanciamento que os profissionais sentiam dos supervisores e insistiam que a falta desta aproximação determina incidentes nos cuidados. Uma oportunidade de melhoria da segurança

nesta área expressada por vários profissionais foi a necessidade de serem convidados para participarem da elaboração de normas e procedimentos que diziam respeito a unidade/área de trabalho deles. A partir destes discursos que emergiram, infere-se que nesta dimensão a percepção subjetiva dos participantes demonstrou mais distanciamento e desalinhamento com área de força neutra, como esta dimensão foi classificada na abordagem quantitativa.

A cultura de segurança do paciente é muitas vezes percebida de maneira diferente pelos profissionais que atuam na linha de frente e pelos supervisores de uma mesma organização hospitalar. Essa diferença pode ser um importante determinante de segurança organizacional, portanto é necessário que todos estejam alinhados para conseguirem manter uma cultura positiva ou buscarem estratégias para o fortalecimento desta.

Outro aspecto que deve ser observado nesta área é o gradiente de autoridade, ou seja, a distância psicológica entre o trabalhador e os supervisores. Quando se têm gradientes de autoridades excessivos, torna-se difícil o compartilhamento por parte de trabalhadores e supervisores, de preocupações sobre o paciente.

É necessário, embora difícil, lutar contra a cultura de baixa de expectativas de segurança nas organizações de saúde. Isso exigirá uma mudança nos padrões de comportamento de todos os profissionais de todos os níveis hierárquicos (WACHTER, 2013).

Em relação à dimensão “aprendizado organizacional e melhoria contínua” percebem-se nos discursos dos profissionais que falta capacitações para antigos e novos funcionários e que as práticas assistências não são atualizadas de acordo com as melhores evidências ou diretrizes clínicas. Estes discursos demonstraram maior sintonia com um o item “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” de forma negativa ou discordando da afirmativa. As falas que mais emergiram nesta dimensão estão relacionadas com a fragilidade de receber novos colegas na unidade/área e estes não estão atualizados com a prática assistencial hospitalar.

A aprendizagem organizacional ou cultura da aprendizagem é uma propriedade da cultura de segurança que depende da concepção e de modos de liderar. Se não existir uma liderança que valoriza e demonstra proatividade pela aprendizagem em todos os processos de trabalho e também nos erros, será muito difícil que os profissionais de linha de frente dos cuidados a exercitem por iniciativa própria.

A cultura da aprendizagem está presente dentro de um hospital, em todas as ações e todos os planos de trabalho, quando sua cultura organizacional procura aprender com seus erros e a integra em processos melhoria de trabalho da organização. Para isto é necessário que os líderes demonstrem vontade de aprender tanto com as experiências internas e as externas. Instituições com uma cultura de aprendizagem presente e forte possuem funcionários e colaboradores com mais consciência de segurança do paciente (BLAKE *et al.*, 2006).

Por sua vez, a dimensão “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” é considerada uma dimensão relativa ao hospital. Os discursos incluídos nesta categoria revelaram concordância com a classificação em área de pontos fracos ou frágeis, uma vez que dos relatos dos profissionais emergiram muitas percepções negativas do processo de gestão atual. A fala mais expressiva por muitos profissionais foi sobre a insuficiência dos recursos materiais - e o reconhecimento destes sobre o quanto esta carência de materiais tem refletido na segurança do paciente, uma vez que estes sentem-se obrigados a realizarem muitas improvisações nos cuidados. Outro aspecto que emergiu nos discursos foi o distanciamento dos gestores dos profissionais que estão na linha de frente dos cuidados.

Dentre os critérios de caracterização de uma cultura de segurança fortalecida, destaca-se o engajamento proativo dos gestores da organização, nos desafios econômicos da própria organização, culturais e comportamentais dos diferentes profissionais para enfrentar e promover cuidados mais seguros.

Outro pressuposto importado da área da administração, e que pode ser incorporado pelos dirigentes e líderes das organizações de saúde, é o comportamento transformacional, também chamado de liderança transformacional, no qual para cada nível da administração existe um comportamento de liderança para a segurança. Assim, para os administradores superiores, esta liderança transformacional recomenda que se demonstre visivelmente compromisso consistente com a segurança, mostre que se importa com as pessoas, aloque tempo para a segurança e encoraje o estilo participativo na administração geral dos níveis intermediários e supervisores (FLIN; YULE, 2004)

Outro aspecto relevante, que foi percebido em alguns discursos dos participantes, é que o envolvimento e a atitude do profissional de saúde em relação aos pacientes, expressos nos comentários como “falta de compromisso de alguns colegas”, são necessários e influenciam na segurança do mesmo. Este resultado foi

constato de maneira mais expressiva por um estudo qualitativo realizado com profissionais enfermeiros na Suécia (RIDELBERG et al, 2014).

Ressalta-se ainda que a dimensão da cultura de segurança “retorno da informação e comunicação sobre o erro” não emergiu nos discursos dos profissionais, apesar do HUMAP participar do Projeto Rede Sentinela desde 2001 de responsabilidade da ANVISA, no controle de produtos nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância e na atuação conjunta das áreas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Diante da ocorrência de eventos adversos é importante fazer o *feedback* sobre estes, pois é uma informação que deve ser divulgada à equipe pela gerência de risco para auxiliar na compreensão da causa dos eventos adversos pelos profissionais, estimulando-os a participarem e contribuírem para desenvolvimento de barreiras no processo de trabalho, com vistas a prevenir nova ocorrência do mesmo incidente (LIMA; MELLEIRO, 2013).

7.5 ÁREAS CRÍTICAS E OPORTUNIDADES DE MELHORIA NO HOSPITAL

Dentre os vários objetivos que as avaliações da cultura de segurança do paciente possuem, um deles é para identificar as áreas críticas e que necessitam de melhorias no hospital. Neste estudo, estas áreas são as dimensões da cultura de segurança do paciente, que se apresentaram classificadas em áreas de pontos fracos ou frágeis, a saber: dimensões da cultura de segurança do paciente relativas ao hospital, como “apoio da gestão para a segurança do paciente”, “trabalho em equipe entre as unidades do hospital”, “passagem de plantão/turno e transferências”; dimensões da cultura de segurança do paciente relativas à unidade hospitalar, como “retorno da informação (*feedback*) e “comunicação sobre o erro”, “adequação dos profissionais (quadro de pessoal)” e “resposta não punitiva ao erro”; dimensões relativas aos resultados da cultura de segurança, como “percepções geral da segurança do paciente” e “frequência de notificação dos eventos adversos”.

Estes resultados condizem com a literatura, conforme estudos realizados em cinco hospitais na Bélgica (HELLINGS et al, 2007), em 13 hospitais de Riyydah na Arábia Saudita (ALAHMADI, 2010), e em hospitais públicos na (HAMDAN; SALLEM, 2013). No entanto, o estudo desenvolvido em hospitais libaneses (EL-JARDALI;

JAAFAR, 2010) se opõe a este resultado, apresentando avaliações positivas na dimensão “apoio da gestão para a segurança do paciente”; as demais dimensões são semelhantes.

Estes cenários de uma cultura de segurança do paciente fragilizada, encontrados também em outros continentes, mesmo respeitando as diferenças culturais e econômicas, demonstram que a área da saúde, ainda precisa avançar e aprender a gerenciar os riscos com outras áreas.

Na gestão de profissionais em saúde no Brasil, ainda prevalece a institucionalização da postura rígida e punitiva para com os profissionais envolvidos em eventos de não conformidade, sejam eles danosos ou não ao paciente, dificultando desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva nos serviços de saúde (RIGOBELLO *et al.* 2012).

Ainda se observa, no país e em outros contextos culturais e econômicos, que o erro humano, muitas vezes, tem uma valoração pejorativa da acusação, da punição a um único profissional como culpado, que desdobra em juízo de valor pelos demais profissionais e pela sociedade em geral. Isto dificulta cada vez mais a aprendizagem com os erros e perpetua a cultura do silêncio dos profissionais na ocorrência de incidentes em saúde.

A liderança é uma das chaves à promoção de aprendizagem organizacional, para compreender as causas dos incidentes, na perspectiva da abordagem sistêmicas na análise das falhas humanas relacionadas aos cuidados em saúde, reorganizando o processo de trabalho, a partir destas lições aprendidas com os erros.

Dada a importância destas nove dimensões da cultura de segurança do paciente, aqui apontadas como áreas fracas ou frágeis, é necessário que gestores do hospital, gerentes das unidades/áreas hospitalares e coordenadores do NSP do HUMAP acolham estes resultados como uma oportunidade de melhoria, contemplando-os em seus planos de ação e metas da gestão de risco e segurança do paciente, com vistas a tornar a segurança do paciente uma subcultura da cultura organizacional, na missão e filosofia da instituição, e nas competências dos profissionais que se dispõem a trabalhar neste hospital.

8 Conclusão

8 CONCLUSÃO

Quando se declara que a cultura de uma organização é o resultado de conceitos, valores e atitudes compartilhados, competências e padrões de comportamento, sejam individuais ou coletivo, considerados válidos na solução dos problemas, torna-se imprescindível compreendê-la como um fenômeno local, que varia de acordo com as peculiaridades sociopolíticas e culturais de uma organização, região e país.

A cultura de segurança do paciente é um componente inerente da cultura organizacional dos hospitais. Não há como estabelecer e nem modificar os padrões e diretrizes assistências relacionados aos cuidados em saúde para o desenvolvimento da segurança do paciente sem examinar ou conhecer as potencialidades e as fragilidades que esta cultura possui.

Fortalecer a cultura de segurança do paciente é o primeiro passo na melhoria da segurança do paciente. A avaliação da cultura de segurança do paciente, constituída nas organizações hospitalares, é uma das primeiras ações estratégicas para guiar o desenvolvimento do plano de segurança do paciente no hospital.

Partindo destes pressupostos e com vistas à avaliação da cultura de segurança do paciente instituída no Hospital de Universitário Maria Aparecida Pedrossian, esta pesquisa mensurou e classificou, por meio das dimensões da cultura de segurança do paciente, as áreas de força positiva e frágeis.

De acordo com os parâmetros classificatórios da avaliação da cultura de segurança, nenhuma das dimensões avaliadas neste estudo atingiu percentuais compatíveis com áreas de pontos fortes ou positivos da cultura de segurança do paciente. Somente três dimensões da cultura de segurança do paciente relativas à unidade hospitalar obtiveram melhores percentuais, o que sinaliza que estas dimensões ou áreas possuem potencial para avançar e atingir patamares ainda melhores de segurança do paciente. Para tal, é necessário o apoio dos gestores no estabelecimento de ações e metas focadas a estas questões.

As demais dimensões da cultura de segurança do paciente avaliadas atingiram classificação de áreas de pontos fracos ou frágeis desta cultura. Merecem destaque as duas com os menores percentuais de respostas positivas, a saber, “resposta não punitiva ao erro” e “apoio da gestão para a segurança do paciente”. Ambas são

importantes para o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva na organização.

O baixo percentual de respostas positivas à dimensão “resposta não punitiva ao erro” indica que ainda prevalece no hospital a abordagem da análise dos erros focada nas pessoas, e não nos sistemas, na percepção de seus profissionais. É necessário ainda empenho para transformar esta cultura de culpa em uma cultura justa, que estabelece equilíbrio entre a responsabilidade do profissional e da organização.

Em relação à avaliação geral da segurança, expressa em uma “nota geral de segurança do paciente” pelos profissionais, o maior valor atingido foi o conceito “aceitável”; “número de eventos adversos relatados nos últimos 12 meses” obteve maior percentual da resposta “nenhum evento relatado”.

A percepção dos profissionais sobre a segurança inclui julgamento com rigor de criticidade e conhecimento sobre a mesma, tornando-se fator favorável a implantação de melhorias pelas lideranças do hospital e das unidades hospitalares. Já a variável de resultado “nenhum evento relatado” aponta a necessidade de maior abertura para a comunicação dos erros, reforçando a necessidade de rever a abordagem de análise das falhas humanas, para que haja maior comunicação sobre erros.

Por outro lado, os resultados obtidos nas comparações entre as dimensões e as unidades/áreas de trabalho demonstraram apenas três setores classificados como áreas de pontos fortes ou positivos da cultura de segurança do paciente. Ainda apenas os farmacêuticos, bioquímicos, fisioterapeutas e nutricionistas apontaram dimensões classificadas como áreas de pontos fortes ou positivos da cultura de segurança do paciente.

A avaliação das dimensões da cultura de segurança ofereceu uma visão clara delas, segundo a percepção dos profissionais, sejam elas relacionadas ao hospital ou unidades/áreas de trabalho. Mais atenção e maior empenho dos líderes são necessários para melhorar e fortalecer a cultura de segurança, uma vez que a dimensão “apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” teve o segundo percentual mais baixo de respostas positivas.

A cultura de segurança do paciente está diretamente atrelada à notificação de incidentes e eventos adversos relacionados aos cuidados com o paciente e nas dimensões institucionais, como a percepção geral de segurança, expectativas/ações de promoção segurança pelos gerentes de unidades, aprendizagem organizacional e melhoria contínua, comunicação aberta, *feedback* sobre o erro, resposta não punitiva

ao erro, quantidade de profissionais, apoio de gestão para a segurança do paciente, e trabalho em equipe dentro das unidades/área de trabalho e com as outras.

É fundamental investir em práticas que fortaleçam a segurança do paciente neste hospital de ensino, com vistas a melhorar o desempenho geral em segurança do paciente, o qual se desdobrará em qualidade da assistência e em redução de danos desnecessários aos pacientes. Há um trabalho importante ainda a ser conduzido nesta organização hospitalar, diante desta amostra da cultura de segurança do paciente. Isto porque além de o hospital oferecer assistência terciária à rede de saúde do Sistema Único de Saúde, ele possui como missão a formação de profissionais de saúde no contexto da região centro-oeste do país.

Este foi o primeiro estudo de avaliação da cultura de segurança no Hospital de Universitário Maria Aparecida Pedrossian. As organizações certificadoras de qualidade em saúde recomendam que os hospitais examinem periodicamente sua cultura de segurança. Para isto, há dois instrumentos de avaliação da cultura de segurança validados e disponíveis para utilização no contexto brasileiro.

A *Agency for Healthcare Research and Quality*, responsável pelo questionário aplicado nesta pesquisa, compreende que as organizações hospitalares podem estabelecer outros valores de avaliação da cultura de segurança do paciente, ou seja, não é obrigatório estabelecer 75% como parâmetro de corte da classificação de área de força da cultura de segurança. Os percentuais podem ser inicialmente mais baixos e aumentados na medida em se estabelecem metas de segurança do paciente.

Atualmente, o hospital está sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, uma empresa pública que tem como missão garantir as condições necessárias para que os hospitais universitários federais prestem assistência de excelência no atendimento às necessidades de saúde da população, de acordo com as orientações do Sistema Único de Saúde, e ofereçam condições adequadas para a geração de conhecimento de qualidade e formação dos profissionais dos diversos cursos das universidades às quais pertencem.

Outros aspectos favoráveis ao fortalecimento da área de segurança são a configuração sociodemográfica dos profissionais, composta por adultos jovens com previsão de aposentadoria mais distante, e o vínculo trabalhista proposto pela empresa gestora do hospital. Estes fatores devem ser considerados pelos dirigentes do hospital como contribuintes para a reconstrução de valores, missão e filosofia na

cultura organizacional, de modo a contemplarem a qualidade e segurança do paciente.

Desta forma, o momento é apropriado para estabelecer uma repaginação da cultura organizacional deste hospital, ainda de meia-idade, que deverá vir acompanhada do estabelecimento de plano de ações e metas tangíveis de segurança do paciente, visando averiguar os impactos e resultados destas ações de gestão de risco e segurança, envolvendo os gerentes das unidades/áreas assistenciais, com vistas a construir uma cultura organizacional que privilegie a segurança do paciente.

Este trabalho não deve ser visto como um ponto final no processo de avaliação da cultura de segurança do Hospital de Universitário Maria Aparecida Pedrossian, mas como o ponto de partida e replanejamento das ações para transformar seus resultados de pesquisa em melhoria da cultura de segurança. Dentre os pontos do planejamento, estão:

- Comunicar e discutir os resultados da pesquisa com os gestores do hospital, com vistas a melhor entendimento dos resultados.
- Contribuir no desenvolvimento de planos de ações focados em iniciativas de melhoria para a cultura de segurança do hospital.
- Colaborar na implementação das ações estabelecidas.
- Acompanhar o progresso e os impactos.
- Compartilhar e divulgar o que funcionar.

Referências

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 36 de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 28 jan. 2017.

_____. **Blog da Rede Sentinela**. Histórico da rede. s/d. Disponível em: <<http://redesentinela-anvisa.blogspot.com.br/p/historico-da-rede.html>>. Acesso em: 28 jan. 2017.

_____. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletim Informativo**, v.1, n.1, p.1-12, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 28 jan. 2017.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report**. Rockville, US: AHRQ; 2016._____. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville, US, 2004.

ASPDEN, P.; CORRIGAN, J.; WOLCOTT, J.; ERICKSON, S. (editors). **Patient safety: achieving a new standard for care**. Washington, DC: National Academies of Sciences, 2004.

BAPTISTA, S. C. F. **Análise de erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em pacientes pediátricos**. Dissertação. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 – Brasil. 2011.280p.

BARRETO, L. M. T. S.; KISHORE, A.; REIS, G. G.; BAPTISTA, L. L.; MEDEIROS, C. A. F. Cultura organizacional e liderança: uma relação possível? **Revista de Administração**, São Paulo, v.48, n.1, p.34-52, 2013.

BELL, J. **Projeto de Pesquisa**. Guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Proposta de Emenda à Constituição. PEC 287/2016**. Brasília, DF: Previdência Social, 2016. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/reformafaq.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 28 jan. 2017.

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, n.28, p.1-9, 2010.

BOWLING, A. **Research methods in health: investigating health and health services.** 2 ed. [internet] Buckingham .Philadelphia: Open University Press. 2002

CAMERON, K. S.; QUINN, R. E. Diagnosing and changing organizational culture: Based on the Competing Values Framework. **Personnel Psychology**, v. 59, n. 3, p. 755-757, 1999.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil.** Questionário de Atitudes de Segurança. Tese. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP, 2011.

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.3, 8 telas, mai.-jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf. Acesso em: 28 jan. 2017.

CAVEDON, N. R. Cultura organizacional: gerenciável, homogênea e quantificável? In: BITENCOURT C. (org.). **Gestão contemporânea de pessoas.** Novas práticas, conceitos tradicionais. 2.ed. Porto Alegre: Bookmann, 2010. p.317-333.

CHEVREAU, F. R. **Maîtrise des risques industriels et culture de sécurité: le cas de la chimie pharmaceutique.** Tese. Paris: École Nationale Supérieure des Mines de Paris; 2008. Disponível em: <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00360174>. Acesso em: 28 jan. 2017.

COLLA, J. B.; BRACKEN, A. C.; KINNEY, L. M.; WEEKS, W. B.; Measuring patient safety climate: A review of surveys. **Quality & Safety in Health Care**, v.14, n.5, p.364-366, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Banco de dados. Brasília, DF; 2016. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>>. Acesso em: 28 jan. 2017.

DIAS, R. **Cultura organizacional**: construção, consolidação e mudança. São Paulo: Atlas, 2013.

DOLCI, G. F.; SUÁREZ, J. R.; CASANOVA, H. A.; FERNÁNDEZ, C. R.; TORRES, F. H.; VARELA, J.S. Cultura sobre seguridad del paciente em profesionales de la salud. **Cirurgia y Cirujanos** v.78, n.6, p.527-532, 2010.

DONALDSON, L. An international language for patient safety. Global progress in patient safety requires classification of key concepts. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.1, p.1, 2009.

DORIA FILHO, U. **Introdução à bioestatística**. São Paulo: Negócio, 1999

ELDER, N. C.; PALLERLA, H.; REGAN, S. What do family physicians consider an error? A comparison of definitions and physician perception. **BMC Family Practice**, v.7, n.73, p.1-9, 2006.

EL-JARDALI, F.; JAAFAR, M.; DIMASSI, H.; JAMAL, D.; HAMDAN, R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. **International Journal for Quality in Health Care**, v.22, n.5, p.386-395, 2010.

FLEURY, M. T. L; FISCHER, R. M. (org.) **Cultura e poder nas organizações**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

FLIN, R.; BURNS, C.; MEARNES, K.; YULE, S.; ROBERTSON, M. E. Measuring safety climate in health care. **Quality & Safety in Health Care**, v.15, n.2, p. 109-115, 2006.

FRAGATA, J. **Segurança dos doentes**: uma abordagem prática. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, 2011.

GABA, D. M.; SINGER, S. J.; SINAICO, A. D.; BOWEN, J. D.; CIAVARELLI, A. P. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. **Human Factors**, v.45 n.2, p.173-185, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ed.Sao Paulo: Atlas, 2010

GOLEMAN, D. **Trabalhando com Inteligência Emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.

GULDENMUND, F. W. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety Science**, v.34, n.1, p.215-257, 2000.

HALL, R.H. **Organizações: estrutura, processos e resultados**. 8.ed. Tradução de Roberto Galman. São Paulo: Person Prentice Hall, 2004.

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

HELLINGS, J.; SCHROOTEN, W.; KLAZINGA, N.; VLEUGELS, A. Challenging patient safety culture: survey results. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v.20, n.7, p.620-632, 2007.

HOLLINGHAM, R. **Sangue e entranhas**. A assustadora história da cirurgia. São Paulo: Geração Editorial, 2011.

HUDSON, P. Applying the lessons of high risks industries to health care. **Quality & Safety in Health Care**, v.12, supl.I, p.i7-i12, 2003.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. **Plano de Reestruturação do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**. Campo Grande: s/d. Disponível em: <http://www.nhu.ufms.br/v2/documentos/pdi_completa.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2017.

ICPS. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report. WHO: Genebra, 2009

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil em síntese**. Trabalho. Brasília, DF: IBGE, 2016. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/trabalho>>. Acesso: em 28 jan. 2017.

IRIVIRANTY, A; AYUNINGTYAS,D.; MISNANIARTI,M. Evaluation of Patient Safety Culture and Organizational Culture as a Step in Patient Safety Improvement in a Hospital in Jakarta, Indonesia. **Patient Saf Qual Improv**. v.4, n.3, p394-399. 2016.

ITO, S.; SETO, K.; KIGAWA, M.; FUJITA, S.; HASEGAWA, T.; HASEGAWA, T. Development and applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. **BMC Health Services Research**, v.11, n.28, p.1-7, 2011.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO), editor. **Lexicon**: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms. 2nd ed. Oakbrook Terrace: JCAHO, 1998.

KAUFMAN, G.; McCAUGHAN, D. The effect of organizational culture on patient safety. **Nursing Standard**. v.27, n.43, p.50-56, 2013.

KAWAGOE, J. Y.; GONÇALVES, P. Prevenção e controle de infecção para Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada a prática. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. p.151. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.

KIAEI MZ et al. Patient safety culture in teaching hospitals in Iran: assessment by the hospital survey on patient safety culture (HSOPSC). **J Health Man & Info**. v.3 n.2, p:51-56.2016

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (editors). **To err is human**: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: KURCGANT, P. (org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1-12.

LEAPE, L.L., BRENNAN T.A.; LAIRD, N. The nature of adverse events in hospitalized patient. Results of the Harvard Medical practice Study II. **N Eng.J. Med** 1991; n.324, p.377-84.

LEAPE, L.L.; KABCENELL, A.I.; BERWICK, D.M.; ROESSNER, J. **Reducing adverse drug events**. Boston: Institute for Healthcare Improvement, 1998.

LEAPE, L.; WOODS D.; HATLIE M.; KIZER, K.; SCHROEDER S.; LUNDBERG G. Promoting patient safety by preventing medical error. **Journal of the American Association**, v.280, n.16, p.1444-1447, 1998.

LEAPE LL. Errors in medicine. **Clin Chim Acta**. Mar18.v.404, n.1, p.:2–5. Epub 2009

LIKERT, R. **A organização humana**. Tradução de Márcio Cotrim. São Paulo: Atlas, 1975.

LIMA R.P.M, MELLEIRO M.M. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário. **REME Rev Min Enferm** [Internet]. 2013.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRAS, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Revista Enfermagem em Foco**, v.3, n.3, p.119-122, 2012.

MASCARENHAS, A. O. Novamente: podemos gerenciar a cultura? **Revista de Administração**, v.50, n.2, p.34-52, jun. 2010.

MASSOCO, E. C. **Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente**. Dissertação. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP-SP, 2012.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MAX D. **Patient safety and the “just culture”**: a primer for health care executive. New York: Trustees of Columbia University; 2001

MELLO, J. F. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem**. Tese (Mestrado) Florianópolis: UFSC; 2011.

MELLO, F.J.; BARBOSA, S.F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem, **Texto e Contexto Enf.** v.22,n.4, p.1124-33, 2013;

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in Brazilian hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.4, p.279-284, 2009.

MIR-ABELLÁN R, et al. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. **Gac Sanit.** 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.019>

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

NASCIMENTO, A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.8, p.3591-3602, 2011.

NASCIMENTO, N. B.; TRAVASSOS, C. M. B. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.625-251, 2010.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, v.12, suppl. II, p. ii17-ii23, 2003.

NIGHTINGALE, F. **Notes on hospitals**. [internet] 3. ed. London: Longmans Green, 1863. Disponível em: <https://books.google.com.br/books>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente**. Relatório técnico final. Tradução da Divisão de Segurança do Doente, Departamento da qualidade na Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde/Direção Geral da Saúde; 2011.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n. esp., p.992-999, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2017.

PRINCEWATERHOUSE COOPERS BRASIL (PWC). **O futuro do trabalho**: impactos e desafios para as organizações no Brasil. Brasil: PWC & Escola de Administração de Empresas de São Paulo/Faculdade Getúlio Vargas, 2014.

_____. **Envelhecimento da força de trabalho no Brasil**. Brasil: PWC & PWC & Escola de Administração de Empresas de São Paulo/Faculdade Getúlio Vargas, 2013.

_____. **Geração do milênio no emprego**: reformulando o ambiente de trabalho. Brasil: PWC & Escola de Administração de Empresas de São Paulo/Faculdade Getúlio Vargas, 2012.

REASON, J. Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. **Quality & Safety in Health Care**, v.13, suppl. II, p.28-33, 2004.

_____. Human error: models and management. **British Medical Journal**, v.320, n.7237, p.768-770, 2000.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.11, p.2199-2210, 2012.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Tese. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

_____. Cultura em segurança. In: SOUZA, P.; MENDES, W. (org.). **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Programa de Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2014. p.75-99.

RIDELBERG M, ROBACK K, NILSEN P. Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions. **BMC Nurs**. 2014;13(1):23

RIGOBELLO, M. C. G.; CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B.; GALON, T.; CAPUCHO, H. C.; DEUS, N. N. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.5, p.728-735, 2012.

ROBB, G.; SEDDON, M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? **New Zealand Medical Journal**, v.123, n.1313, p.66-76, 2010.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p. 768-770, 2000.

RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R.; SCHAAF, T. V. D.; SHERMAN, H.; LEWALLE, P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. World Alliance for Patient Safety drafting group. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.1, p.18-26, 2009.

SAMMER, C. E.; LYKENS, K.; SINGH, K. P.; MAINS, D. A.; LACKAN, N. A. What is patient safety culture? A review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v.42, n.2, p.156-165, 2010.

SANTIAGO, T.H. TURRINI, R.T.; Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm usp*. v 49, n.esp. p. 123-130 · 2015; 49(esp):123-13

SARAC, C.; FLIN, R.; MEARNES, K.; JACKSON, J. Hospital Survey on Patient Safety Culture: psychometric analysis on a Scottish sample. **BMJ Quality & Safety**, v.20, n.10, p.842-848, 2011.

SCHEIN, E. H. **Cultura organizacional e liderança**. Tradução de Ailton Bonfim Brandão. São Paulo: Atlas, 2009.

_____. **Cultura organizacional e liderança**. Tradução de Ailton Bonfim Brandão. São Paulo: Atlas, 1985.

SCHULZ, J. W. Tapping the best that is within: why corporate culture matters. **Management Quarterly**, v.42, n.1, p.29-35, 2001.

SHARPE, V. A.; FADEN, A. L. **Medical harm**. Historical, conceptual and ethical dimensions of iatrogenic illness. Cambridge: Cambridge University; 1998. E-books.

SHERMAN, H.; LEWALLE, P.; RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R.; SCHAAF, T. V. D.; World Alliance for Patient Safety drafting group. Towards an international classification for patient safety: the conceptual framework. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.1, p.2-8, 2009.

SINGER, S. J. **What we've learned about leveraging leadership and culture to affect change and improve patient safety**. Agency for Healthcare Research and Quality, 2013.

SILVA-BATALHA, E.M.S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino**. Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP - São Paulo; 2012.

SILVA-BATALHA, E.M.S.; MELLEIRO, M.M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto e Contexto Enf.** v.24 n.2, p. 432-41, 2015.

SMMITS, M.; CHRISTIAANS-DINGELHOFF, I.; WAGNER, C.; VAN DER WAL, G.; GROENEWEGEN, P. P. The psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in Dutch hospitals. **BMC Health Services Research**, v.8, p.230-238, 2008.

SORENSEN, J. B. The strength of corporate culture and the reliability of firm performance. **Administrative Science Quarterly**, v.47, n.1, p.70-91, 2002.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. Reliability and validity of the hospital survey on patient safety. Rockville, MD: Westat, 2006.

_____. **Hospital survey on patient safety culture**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2004.

SORRA, J.S.; DYER N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ Hospital Survey on Patient Culture. **BMC Helath Services Research**. v,10 n. 199. 2010

SOUSA, P.; UVA, A. S.; SERRANHEIRA, F.; LEITE, E.; NUNES, C. **Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses**: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade de Lisboa, 2011.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**. v.80, p.217-222. 2003.

TOMAZONI, A. *et al* Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia neonatal. **Texto e Contexto em Enf.** v.24 n.1 p. 161-9, 2015

TRICE, H.; BEYER, J. Cultural leadership in organizations. **Organization Science**, v.2, n.2, p.149-169, 1991.

TRICE, M. H.; BEYER, M. J. The Cultures of Work Organizations *by Review*. **Academy of Management**. v.19, n. 4. p. 836-839. 1994. Disponível em. <http://www.jstor.org/stable/258750>

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUZA E MENDES (org.). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: ENSP-FIOCRUZ, 2014. p 39-56.

TSAI, Y. Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction. **BMC Health Services Research**, v.11, p.98, 2011.

TUGEND, A. **Sem medo de errar**. As vantagens de estar enganado. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

VICENT, C. BURNETT, S., CARTHEY, J. **The measurement and monitoring of safety**. Health Foundation .IHI 2013 [internet] Acesso em 15 out. 2016 . London, UK . Disponível em <<http://www.health.org.uk/publication/measurement-and-monitoring-safety>>.

VICENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. Tradução de Rogério Videira. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Tradução de Caroline Buss, Camila Philbert Lajolo Schrotberger, André Anjos Silva. Rev. Tec. Guilherme Brauner Barcellos. 2.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WEAVER, S. J.; LUBOMKSI, L. H.; WILSON, R. F.; PFOH, E. R.; KATHRYN, A.; MARTINEZ, K. A.; *et al*. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. A systematic review. **Annals of Internal Medicine**. v.158, p.369-374, 2013.

WEICK, K. E.; SUTCLIFFE, K. M. **Managing the unexpected**: resilient performance in an age of uncertainty. 2. ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2007.

WEINGART S.N, et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. **Int J Qual Health Care**. 2011;23:269-277. Disponivel em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21307118>

WEINGART, S. N.; WILSON, R. M.; GIBBERD, R. W.; HARRISON, B. Epidemiology of medical error. **British Medical Journal**, v.320, n.7237, p.774-777, 2000.

WESTRUM, R. A typology of organisational cultures. **Quality & Safety in Health Care**, v.13, suppl II, p.ii22-27, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**: forward programme. Geneva; 2005

_____. **World Alliance for Patient Safety** Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland: WHO, 2007.

XUANYUE, M.; YANLI, N.; HAO, C.; PENGJI, J.; MINGMING, Z. Literature review regarding patient safety culture. **Journal of Evidence-Based Medicine**, v.6, p.43-49, 2013.

ZHANG, H.; WIEGMANN, D. A.; VON THADEN, T. L.; SHARMA, G.; MITCHELL, A. A. Safety culture: a concept in chaos? In: HUMAN FACTORS AND ERGONOMICS SOCIETY (HFES). **Proceedings of the 46th Annual Meeting of the Human Factors and Ergonomics Society**. Santa Mônica, CA: Human Factors and Ergonomics Society; 2002. s./p.

Apêndices

APÊNDICE A – Autorização da pesquisadora autora para uso da versão brasileira do questionário HSOPSC

Arminda R. P. Del Corona
<delcorona.arp@gmail.com>

Re: Segurança do Paciente

4 mensagens

Claudia Tartaglia <clautartaglia@gmail.com>

18 de outubro de 2013 14:51

Para: arminda.del@usp.br

Boa tarde, Arminda,

Estive ontem reunida com a Mônica sobre nossos próximos passos. A ideia de disponibilizarmos o questionário por meio magnético é um desejo nosso, mas não sabemos se conseguiremos realizá-lo a curto prazo. Temos ainda algumas pendências de nosso projeto para cumprir junto ao CNPq. Vamos tentar disponibilizar esse instrumento mas não posso lhe garantir.

Já construí ele no formato digital, para fazer o meu teste piloto. Na ocasião, eu mesma o construí utilizando o google docs. Mas no caso do google docs, você envia aos participantes por e-mail. E daí você já restringe a amostra, visto que muitas pessoas não acessam.

Qualquer informação adicional estou à disposição.

Abs, Claudia.

Em 17 de outubro de 2013 09:37, <arminda.del@usp.br> escreveu:

Olá Claudia,

Bom Dia!

Já lhe agradei pelas orientações enviadas né?

Hj volto o contato para saber se o instrumento já está disponível eletronicamente, como a Drª Monica me falou no ultimo e-mail dela.

Eu já acessei a versão em pdf que o link abaixo direciona, mas gostaria de ter ele no formato como a Drª Monica falou.

Abçs

Arminda

----- Claudia Tartaglia <clautartaglia@gmail.com> escreveu:

Prezada Arminda,

Na chamada no Proqualis está dessa forma:

>Questionário sobre cultura de segurança do paciente em Hospitais (HSOPSC)

> Disponível questionário que avalia a cultura de segurança entre profissionais de hospitais [Veja Mais](#)

Você clicando no Veja Mais você tem acesso ao questionário adaptado e validado e também à minha tese na íntegra.

Estou à disposição para informações adicionais.

Abs, Cláudia Tartaglia Reis

APÊNDICE B – Cartaz de comunicado aos profissionais sobre a realização da pesquisa naquela unidade/área hospitalar

58

COMUNICADO

Comunico que em breve estarei realizando neste setor uma pesquisa intitulada "Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul" e conto com sua participação, pois é importante conhecermos "como fazemos as coisas por aqui" para melhorar a qualidade e segurança do paciente.

Higienizar as mãos pode salvar vidas.
Aprenda a lavar da forma correta e evite doenças.
Ensaboe as mãos e siga os seguintes passos

SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.

Juntemos-nos pela segurança do paciente, que também é nossa.
Sua participação nesta pesquisa é muito importante.
Prof^a Enf^a Arminda Rezende de Pádua Del Corona

APENDICE C – Foto da exposição do Banner da pesquisa e Urna de coleta de questionários na entrada do HUMAP/UFMS/EBSERH

Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Curso de Graduação em Enfermagem

PESQUISA: AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO DE MATO GROSSO DO SUL

"Pode parecer um pouco estranho afirmar que o requisito básico de um hospital seja não causar dano ao paciente. Contudo, é extremamente necessário que se estabeleça esse objetivo, pois a mortalidade nos hospitais, especialmente naqueles localizados em cidades grandes e superpovoadas, é muito maior do que a observada entre pacientes com doenças similares tratados fora do hospital". WILLIAM VEREHOVIALE-1853, HISTÓRIA RECORTADA

Coleta do Formulário da Pesquisa
URNA ao lado

Pesquisadora Responsável: Profª Enfª Arminda Rezende de Pádua Del Corona
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Curso de Graduação em Enfermagem,
Unidade 12 Fone: (67)9933-4080 - e-mail: arminda.del@ufms.br - delcorona.arp@gmail.com

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aplicado na pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, _____, declaro que fui convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “**Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Hospital Público de Ensino de Mato Grosso do Sul**” por Arminda Rezende de Pádua Del Corona, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP-SP e responsável pela execução da pesquisa. Estou ciente dos seguintes aspectos:

- ☐ O estudo se destina a avaliar a cultura de segurança do paciente estabelecida no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP/EBSERH-UFMS), na ótica dos profissionais de saúde desse hospital.
- ☐ A importância desta pesquisa é contribuir na melhoria da qualidade da segurança do paciente no HUMAP/EBSERH-UFMS.
- ☐ Os resultados que se busca alcançar são os seguintes: apresentar aos dirigentes do HUMAP/EBSERH-UFMS as fragilidades e pontos fortes da área da segurança do paciente, visando oferecer oportunidades para melhorias na área.
- ☐ Os dados para esta pesquisa serão coletados aplicando-se o questionário intitulado “**Pesquisa sobre a Cultura de Segurança do Paciente em Hospital – HSOPSC**”, elaborado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* do governo dos EUA.
- ☐ Participarei da coleta de dados respondendo o questionário HSOPSC. A coleta de dados será realizada no primeiro semestre de 2016.
- ☐ Sempre que desejar, me serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas da pesquisa.
- ☐ O incômodo que poderei sentir com minha participação se limitará a minha disponibilidade de 10 a 15 minutos para responder o questionário acima. Não haverá possíveis riscos a minha saúde física e mental.
- ☐ Os benefícios que deverei esperar com minha participação envolvem a melhora da qualidade da segurança do paciente nos cuidados à saúde.
- ☐ As informações obtidas com minha participação serão divulgadas apenas na forma de resultados da pesquisa, os quais serão encaminhados aos dirigentes da instituição avaliada. Em nenhum momento, porém, tais informações possibilitarão minha identificação, pois minha anonimidade será mantida.
- ☐ Minha participação na pesquisa não me acarretará nenhuma despesa financeira.
- ☐ Receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre minha participação nesta pesquisa, e estando ciente de meus direitos, de minhas responsabilidades e dos riscos e benefícios que minha participação implica, concordo em participar deste estudo e dou meu consentimento sem que tenha para isto sido forçado ou coagido de qualquer maneira.

Contato do(a) participante voluntário(a)

Endereço: _____

Complemento/Bairro: _____

Cidade e CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Contato da pesquisadora:

Endereço: Rua Albert Sabin, 1060, Taveirópolis

Campo Grande, MS 70090-160

Telefones: (67)3025-3322 ou (67)9933-4060 – E-mail: arminda.del@usp.br

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética deste estudo, entre em contato com um destes Comitês de Ética em Pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem - USPContato: edipesq@usp.br – Telefone: (11)3061-7548**Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UFMS**Contato: bioetica@ufms.br – Telefone: (67)3345-7187

Campo Grande, MS, ____/____/____

Assinatura_____
Arminda Rezende de Pádua Del Corona
Responsável pela pesquisa

APÊNDICE E – Cartaz de agradecimento aos profissionais pela colaboração e participação na pesquisa.

APÊNDICE F – Instrumento de coleta de dados HSOPSC, aplicado na pesquisa “Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul”

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto – PROESA

Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospital - HSOPSC

Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação 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.

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

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

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? Selecione UMA resposta.

☐ a. Ambulatório	☐ m. Farmácia
☐ b. Anatomia Patológica	☐ n. Hospital Dia
☐ c. Centro Cirúrgico	☐ o. Laboratório de Análises Clínicas
☐ d. Centro de Material e Esterilização - CME	☐ p. Nutrição
☐ e. Centro de Terapia Intensiva (CTI – Adulto)	☐ q. Pronto Atendimento Médico - PAM
☐ f. Centro de Terapia Intensiva (CTI - Pediátrico)	☐ r. Radiologia e Diagnóstico por Imagem
☐ g. Centro Obstétrico	☐ s. Unidade de Cuidados Intermediário – UCI (Berçário)
☐ h. Clínica Cirúrgica I () II ()	☐ t. Unidade de Terapia Intensiva - Neonatal
☐ i. Clínica Médica	☐ u. Unidade de Terapia Coronariana - UCO
☐ j. Enfermaria de DIP	☐ v. Unidade de Terapia Renal – Hemodiálise e Dialise
☐ k. Enfermaria de Maternidade e Banco de Leite	☐ x. Diversas unidades do hospital/Nenhuma específica.
☐ l. Enfermaria de Pediatria	☐ z. 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 apoiam umas às outras.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas."	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros, evitando que eles aconteçam novamente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente , com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente , com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

☐	☐	☐	☐	☐
A	B	C	D	E
Excelente	Muito boa	Aceitável	Ruim	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.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

☐ a. Nenhuma notificação	☐ d. 6 a 10 notificações
☐ b. 1 a 2 notificações	☐ e. 11 a 20 notificações
☐ c. 3 a 5 notificações	☐ f. 21 notificações 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?

☐ a. Menos de 1 ano	☐ d. 11 a 15 anos
☐ b. 1 a 5 anos	☐ e. 16 a 20 anos
☐ c. 6 a 10 anos	☐ f. 21 anos ou mais

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

☐ a. Menos de 1 ano	☐ d. 11 a 15 anos
☐ b. 1 a 5 anos	☐ e. 16 a 20 anos
☐ c. 6 a 10 anos	☐ 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. Administração/Direção
- ☐ b. Assistente Social
- ☐ c. Auxiliar Administrativo/Secretário
- ☐ d. Auxiliar de Enfermagem
- ☐ e. Enfermeiro
- ☐ f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
- ☐ g. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
- ☐ h. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente
- ☐ i. Médico Residente/ Médico em Treinamento
- ☐ j. Nutricionista
- ☐ k. Odontólogo
- ☐ l. Psicólogo
- ☐ m. Técnico de Enfermagem
- ☐ n. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- ☐ 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
☐ b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo	☐ f. Ensino Superior Completo
☐ c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto	☐ g. Pós-graduação (Nível Especialização)
☐ d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo	☐ 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 do paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso se for necessário).

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

APÊNDICE G – Classificação das variáveis por Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente referente ao questionário HSOPSC (SORRA; NIEVA, 2004)

DIMENSÕES E VARIÁVEIS:

1. Trabalho em equipe dentro das unidades

A1 – Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras

A3 – Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.

A4 – Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito.

A11 – Quando uma área desta unidade de trabalho fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.

2. Ações e expectativas sobre o seu 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.

B2 – o meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.

B3r – Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”. **(Escrita negativamente)**

B4r – O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente. **(Escrita negativamente)**

3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua

A6 – Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.

A9 – Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.

A13 – Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.

4. Suporte da gestão para a segurança do paciente

F1 – A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente

F8 – As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.

F9r – A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso. **(Escrita negativamente)**

5. Percepção geral da Segurança do Paciente

A15 – A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.

A18 – Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.

A10r – É apenas por acaso que erros não acontecem por aqui. **(Escrita negativamente).**

A17r – Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente. **(Escrita negativamente).**

6. Retorno da Informação (feedback) e Comunicação sobre erro

C1 – Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir da notificação de eventos.

C3 – Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.

C5 – Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente.

7. Abertura da comunicação

C2 – Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.

C4 – Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.

C6r – Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo. **(Escrita negativamente)**

8. Frequência eventos notificados

D1 – Quando ocorre erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?

D2 – Quando ocorre erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?

D2 – Quando ocorre erro que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?

9. Trabalho em equipe entre as unidades

F4 – Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.

F10 – As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.

F2r – As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si. **(Escrita negativamente)**

F6r – Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital. **(Escrita negativamente)**

10. Profissionais (quadro de pessoal)

A2 – Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho

A5r – Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente. **(Escrita negativamente)**

A7r – Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente. **(Escrita negativamente)**

A14r – Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido. **(Escrita negativamente)**

11. Passagem de plantão/turno e transferências

F3r – O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra. **(Escrita negativamente)**

F5r – É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno. **(Escrita negativamente)**

F7r – Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital. **(Escrita negativamente)**

F11r= – Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes. **(Escrita negativamente)**

12. Respostas não punitivas aos erros

A8r – Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles. **(Escrita negativamente)**

A12r – Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema. **(Escrita negativamente)**

A16r – Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais. **(Escrita negativamente)**

APÊNDICE H – Cedência de uso do Data Entry and Analysis Tool versão 2010 of Microsoft Excel® pela AHRQ

Arminda R. P. Del Corona
<delcorona.arp@gmail.com>

RE: request : *ref#24-70222

SafetyCultureSurveys@westat.com <SafetyCultureSurveys@westat.com> 5 de agosto de 2016 15:54
Para: delcorona.arp@gmail.com
Cc: safetyculturesurveys@westat.com

Dear Arminda Del Corona,

Thank you for the information. We in the Patient Safety Culture Surveys Support Group at Westat (SafetyCultureSurveys@westat.com) have been authorized to respond on behalf of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) by Ms. Randie Siegel, Associate Director, Office of Communications and Knowledge Transfer, Publishing and Electronic Dissemination. Our group, as the Safety Culture Surveys support contractor, handles the majority of permissions for these tools and their related documents in English, notifies AHRQ of requests for permission to translate these documents, and maintains an electronic community for International users.

Based on your description of your project, AHRQ grants you permission to use the Hospital Survey in English or translated into Portuguese for your research at the Teaching Hospital of the Federal University of Mato Grosso do Sul. AHRQ requests that you note on the survey forms that the form is "reprinted/translated with permission from the Agency for Healthcare Research and Quality (an Agency of the United States Department of Health and Human Services); Rockville, Maryland USA." In any publication of the results of the survey, such as a thesis, internal report to the hospital, or professional journal article, please include a proper source citation.

The AHRQ Web site for the patient safety culture surveys is <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>. The survey form and related materials can be found at this site. Be sure to read the Survey User's Guide for the appropriate survey, especially the sections on modifying or translating the survey. For technical questions, please contact us. We can also put you in touch with other non-U.S. users of the survey (go to "International Users of the Surveys on Patient Safety Culture" for more information).

If you have questions about permissions issues, or if you are interested in permissions to use or translate other AHRQ tools or documents, please feel free to contact Ms. Siegel or David Lewin, Manager of Copyrights & Permissions, Office of Communications and Knowledge Transfer.

SafetyCultureSurveys@westat.com <SafetyCultureSurveys@westat.com> 5 de agosto de 2016 15:57
Para: delcorona.arp@gmail.com
Cc: safetyculturesurveys@westat.com

Hello Arminda,

Attached please find the Data Entry and Analysis Tool for the 2010 version of Microsoft Excel®. To use the tool and enter your survey data, the survey must have been administered in its original, unmodified form.

This tool makes it very easy to:

- Input individual survey data
- Create graphs and tables to display your survey results overall and by various demographics
- Analyze which patient safety culture dimensions may need additional attention
- Compare your results against comparative data available from other facilities
- Trend your results over time

- Share the results with others in your organization

Important Tips for Using This Tool

- Save the zipped file to your computer. Do not open the file directly from your email.
- To unzip the tool, please use WinZip. If you do not have WinZip, please contact us to send you the unzipped tool.
- This tool uses Excel macros. Before opening the file, be sure to enable all Macros. From Office Button, click on, Excel Options/Trust Center/Trust Center Settings, and click on "Enable all macros".

Please let me know if you have any questions.

APÊNDICE I – Conteúdo das respostas discursivas dos profissionais na questão discursiva do item “I” do questionário HSOPSC

Nº	CONTEUDOS DA QUESTÃO DISCURSIVA ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO HUMAP/UFMS/EBSERH
01	Muitos profissionais se preocupam com a segurança dos pacientes, mas existem muitos também que apresentam total descaso tanto quanto à segurança como em relação ao caráter humanitário deste trabalho. Esses “profissionais” não se sentem responsáveis por nada e nem por ninguém, entram e saem como se fosse um simples ambiente comercial.(071)
02	O hospital tem nos proporcionado os materiais adequados para uso tanto em relação ao funcionário quanto ao paciente ao qual eu trabalho bem confortado, me sentindo muito bem em relação a segurança do paciente.(025)
03	Muito pertinente essa pesquisa sobre cultura de segurança do paciente em hospital, principalmente agora que o HUMAP está sob a gestão da EBSERH. Essa empresa deixa claro que veio para resolver todos os problemas do hospital e está muito empenhada em fazer o melhor para os pacientes. Por outro lado, faz questão de diferenciar os servidores de acordo com o regime de trabalho. Portanto, acredito que não é só a segurança do paciente que deve ser observada. É preciso olhar para a segurança do servidor. Olhar as condições de saúde (física e mental) e de trabalho. Tudo isso com cuidado, atenção e empatia que eles merecem.(017)
04	Os eventos adversos ocorridos nesta unidade estão intimamente ligados a qualidade/falta de material.(229)
05	Talvez por lidar com recém-nascidos, seja mais fácil trabalhar com requisitos de segurança. A situação atual do hospital – falta de medicamentos e material – pode comprometer o atendimento, apesar do grupo se policiar.(222)
06	A direção só está interessada em metas e faturamento, não busca soluções junto aos funcionários.(193)
07	Meu setor por ser um local de cuidados muito específico por se tratar de prematuros, sempre a visão de toda a equipe e manter a segurança dos nossos pacientes, somos todos empenhados a minimizar da melhor forma possíveis danos.(318)
08	Os hospitais públicos federais passam por uma crise de falta de equipamentos, materiais e recursos humanos. Isso leva ao prejuízo da segurança do paciente.(378)
09	A questão de segurança do paciente é um tema preocupante e que vem sendo trabalhado com mais atenção mais recentemente, com as mudanças no âmbito administrativo e assistencial pelas quais o hospital vem passando.(315)
10	O hospital teria que ter segurança mais atentos na portaria porque teve rapto de bebês passado pela mesma sem ser visto.(320)
11	A falta de preparo técnico/treinamento p/ novos funcionários em setores específicos que requerem atenção e conhecimento.(101)
12	O H.U. precisa melhorar muito, dando ênfase na organização interpessoal entre as equipes multiprofissionais, também sem investimentos nesta unidade não tem condições de propiciar segurança aos pcts.(096)

Nº	CONTEUDOS DA QUESTÃO DISCURSIVA ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO HUMAP/UFMS/EBSERH
13	O setor de urgência e emergência, devido sua característica, está constantemente exposto à problemas de segurança do paciente e da equipe devido também à superlotação.(022)
14	A enfermagem sob minha ótica é uma entrega e muitas vezes se torna árdua, principalmente no setor onde eu atuo, não podemos vacilar, pois isto pode ser fatal aos nossos pacientes, e por este motivo que vem minha revolta com os nossos administradores, visando (custos e lucros), nos fornecem materiais de baixa qualidades, sem conhecimento ou omissão, nos oferecem materiais ou cortam o fornecimento e ... qualidade de serviço e segurança, em alguns casos faltam materiais básicos para dar atendimento de qualidade aos pacientes, e falam de melhorias e segurança.(169)
15	Segurança do paciente é assunto/tema novo nesta instituição, talvez seja por isso que os profissionais ainda compreendam sua importância. Está sendo implantada por etapas e lentamente. Não há consenso entre os profissionais principalmente entre os de nível médio que segurança do paciente é fundamental.(178)
16	Dificuldade para conseguir EPIs. São necessárias muitas CIs, muita burocracia.(164)
17	No hospital existem muitas pessoas com o poder de decisão/chefia e muitas vezes não entram em acordo sobre vários fatores, ou seja, um fala uma coisa outro o contrário, inclusive sobre segurança do paciente. (064)
18	Falta conscientização por parte dos servidores quanto à higienização das mãos; melhor qualidade dos meios de transporte (macas, cadeiras para os pcts; acompanhamento do médico, se necessário, nos transportes dos pcts); evitar exposição radiológica desnecessária.(423)
19	Estou neste hospital há poucos meses, certamente não conheço muito sobre a segurança do HUMAP com o paciente, mas pude ver vontade em estabelecer-se melhoras, porém a respeito de minha área, a qual trabalho com controle de qualidade nos equipamentos de radiologia (emissores de raio-X), encontrei um quadro preocupante, pois não havia nenhuma política de controle de qualidade dos equipamentos, que ao meu ver, pode implicar em uma falha na segurança do paciente, pois podemos não obter um diagnóstico correto ou mesmo expor a população, trabalhadores e pacientes à radiação de forma não justificada e acima dos limites (quando existem).(380)
20	Médicos USG não possuem o costume de trocar avental entre um RN e outro. Aspecto positivo: ao deixar um álcool em gel em cada incubadora incentiva a higienização das mãos.(201)
21	Questiono segurança do paciente ao compartilhar antibióticos e 3 setores diferentes do hospital (UCIN, UTIN, AC), contaminação, funcionário que prepara a medicação não é o mesmo que administra; questiono segurança quando paciente internado ter seu tratamento prejudicado pela falta de recursos do hospital.(329)
22	O maior problema que se refere a segurança do paciente é a falta de estrutura básica desde o primeiro atendimento até a resolução do caso. Onde profissionais tem que improvisar equipamentos, colocando a segurança do paciente em risco.(191)
23	Antes de se ter uma segurança do paciente, ... um profissional que necessita de atenção, estímulo e valorização. Algo que não está existindo neste hospital. Mas continuamos fazendo o impossível para manter o bem-estar e segurança dos nossos pacientes.(224)
24	Nem os pacientes nem os funcionários de enfermagem, tem segurança, falta de materiais básicos interrupção no tto por falta de medicamentos número de servidores a menos pela, de acordo com a patologia do pct e gravidade.(044)

Nº	CONTEUDOS DA QUESTÃO DISCURSIVA ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO HUMAP/UFMS/EBSERH
25	<p>Não há equipamentos essenciais, como por exemplo, oxímetro de pulso.</p> <p>Muitas vezes falta material para que possamos entrar em quartos de isolamento de contato (Ex: capote) fazendo com que muitos profissionais utilizem o mesmo capote (que deveria ser de uso individual e único) e fazendo também com que alguns profissionais nem se quer utilizem.</p> <p>Muitos profissionais não tem o costume de lavar as mãos entre os atendimentos, não usam luvas, não passam álcool nos materiais de uso coletivo (termômetro, estetoscópio, etc). (079)</p>
26	<p>Penso que a sobrecarga de trabalho, devido o correto dimensionamento do profissional de enfermagem é uma causa importante para ocorrer problemas de segurança para o paciente.</p> <p>A falta de materiais como soro, medicação, luvas e outros leva à “gambiarra”, comprometendo a segurança. (052)</p>
27	Apesar das dificuldades ..., observa-se grande esforço para priorizar a segurança do paciente.(256)
28	Por ser uma instituição com finalidade de educação, “escuta-se” dos funcionários erros cometidos por residentes em procedimentos realizados, porém não são notificados como erros. Principalmente área médica, porém também referidas outras áreas. (114)
29	Após o concurso da EBSERH, o hospital vem sofrendo profundas mudanças físicas e comportamentais. Os enfermeiros que entraram, digo, passaram a compor o quadro de colaboradores da unidade tem trazido com eles a cultura de mudança, entretanto, a equipe (téc e auxiliares de enfermagem) a longo dos anos passaram a não realizar procedimentos de segurança ao paciente com a prerrogativa de que “se perdeu com os anos”, “que isso não se faz mais”. Porém os enfermeiros têm efetivado a comunicação com efeito de inserir o colaborador no processo de melhorias. A insistência tem feito parte das atribuições do processo para a mudança. (233)
30	Segurança do paciente responsável pelo monitoramento e prevenção de danos na assistência a saúde. Neste setor pude perceber erros em prescrições e muitas vezes a não valorização da pulseira de identificação, mesmo sendo todos os pacientes identificados neste setor percebo que a maioria dos profissionais optam por perguntar o nome o paciente ou utilizar mais identificação no leito. (196)
31	Como funcionária, observo que o hospital passa por um momento de problemas administrativos, que interferem na qualidade do serviço prestado, quanto na segurança do paciente. (113)
32	No caso específico de centro cirúrgico, a governança já instituiu uma ferramenta referente a segurança do paciente, mas ela não tem sido utilizada pela equipe e nem estimulada pelas chefias do setor. (379)
33	Por se tratar de um hospital escola temos muitos eventos adversos que ocorrem, porém não são notificados, mas no atual momento estamos recebendo treinamento do Núcleo de Segurança do Paciente recém implantado nesta instituição. (005)

Nº	CONTEUDOS DA QUESTÃO DISCURSIVA ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO HUMAP/UFMS/EBSERH
34	<p>Já faz longínquos os tempos em que ser trabalhador desta instituição UFMS nos dava a sensação de prazer do dever e dos direitos. Dificuldades em todos os sentidos sempre enfrentamos, sempre houveram mudanças, porém, havia acima de tudo respeito com a pessoa do servidor, ainda que pequeno, mas havia. É profundamente lamentável assistirmos aos acontecimentos sem nada podermos fazer. Somos coadjuvantes de mudanças das quais não se tem respeito com todo contingente de seres humanos que aqui já estavam. Alarmante é o aumento de atestados médicos apresentados juntos ao GRH. Por que será?!? O que será que está levando a esta triste realidade? Visivelmente a onda depressiva que se abate sobre os servidores que outrora doaram grande parte de sua existência, abriram mão de valores essenciais como ex. família, filhos, lazer, religião. E hoje??? O sentimento de inutilidade que assola a alma dos servidores, parte deste grupo, deixam inertes a serem levados como resíduos carregados por um mar de lama, como uma catástrofe de Mariana/MG. Particularmente, travo uma guerra, diariamente (comigo mesma, sou minha maior inimiga) para que um estado depressivo não se instale em meu psicológico, que a Síndrome de Burnout não se torne crônica, e que em meio a esta turbulência sufocante, eu ainda possa respirar a brisa da satisfação do dever cumprido e da missão concluída. Há de se olhar com olhos de respeito para que se possa ter o mínimo de dignidade aos que contribuíram com o que se tinha de melhor para esta decadente UFMS fizesse sua história que agora chega em sua triste conclusão. Grata!!! (368)</p>
35	<p>Sinto a necessidade de um processo de gestão mais próximo dos profissionais. O clima organizacional não fomenta as práticas mais seguras. Quando os erros advêm de níveis organizacionais mais altos, são esquecidos, “consertados”, não notificados. É como se o pct não fizesse parte do processo... A segurança é configurada como uma postura individual e não como estratégia institucionalizada. Dependendo da situação, tenho medo de “passar o plantão”. Isso não é bom para nossa profissão. Acredito que, um dia, essa insegurança será substituída por práticas comuns à todos os profissionais. (160)</p>
36	<p>A atual administração do hospital no momento tem se mostrado em apresentar número e não qualidade de ensino, salas mal equipadas, profissionais mal treinados, e sem interesse, comprometendo a segurança daquele que deposita em vc esperança. Mascarando o bom atendimento. (058)</p>
37	<p>A segurança do paciente merece uma interação maior de todos da equipe, tenho dúvidas se transformar os eventos em estatística realmente irá privilegiar o paciente. Acredito que seja mais necessárias ações completas há formação de banco de dados. (307)</p>
38	<p>Estamos em fase de implantação do Programa de Segurança do Paciente e esperamos que até o fim de 2016 tenhamos atingido os objetivos principais. (063)</p>
39	<p>Lamentamos qto à segurança do paciente em visão da direção do hospital. Meu setor se repete qto à pct internado em macas velhas com RN sem berço, ficando junto com a mãe aguardando vaga no setor de internação. (183)</p>
40	<p>Na minha unidade os procedimentos são feitos de forma manual, não temos um sistema informatizado, como código de barras, que poderiam reduzir erros de dispensação de medicamentos e consequentemente, erros de administração. (259)</p>
41	<p>Estão se empenhando para mudanças positivas, no entanto é necessário o comprometimento das pessoas. (055)</p>
42	<p>Ainda o Núcleo de Segurança do Paciente está entre salas e pessoas pontuais, precisa ser divulgado nos setores e serviços, somar com o dia-a-dia e não só fiscalizando. Não entendo esse o papel do núcleo, deve-se trabalhar no dia-a-dia e não só normatizar. (262)</p>
43	<p>O remanejamento de funcionários de setores de cuidado intensivo para suprir as necessidades de outros setores sobrecarrega os funcionários e compromete a segurança do paciente. (081)</p>

Nº	CONTEUDOS DA QUESTÃO DISCURSIVA ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO HUMAP/UFMS/EBSERH
44	Respostas com a realidade de hoje, levando em conta que estamos em um período de transição, ainda se adequando as mudanças. (188)
45	Falta a prática no exercício da profissão, não o conhecimento, de muitos profissionais contratados, por isso o desânimo geral, ver erros das novas chefias sem ter como relatar, ou compromete-los, pois, as vezes a culpa não é deles, e sim a falta do teste prático que foi abolido na contratação. Daí o início do erro. (057)
46	Percebo que em nossa cultura organizacional, enfatiza-se o profissional e sua atitude quando se percebe o dano instalado. (100)
47	Um agravante presente em nossa rotina de trabalho, é a falta de equipamentos e materiais médico-hospitalares básicos/indispensáveis à qualidade da assistência, de forma a garantir a segurança do paciente e da equipe. (037)
48	Neste laboratório existe assédio moral com relação a chefia e os funcionários. Muitos reclamam e pensam em entrar na justiça por esse motivo. Ouço os comentários, mas não é meu caso. (072)
48	E de muita importância qualquer atividade relacionada a segurança e bem estar dos pacientes. (155)
50	Não temos recursos para tomarmos todas as precauções necessárias de biossegurança, na atual situação não temos gases, capote, agulha adequada para coleta a vácuo, isso implica na segurança minha e dos pacientes, estou usando seringas, comprometendo as minhas articulações e minha segurança. (011)
51	Esta se trabalhando nesse tema onde estamos atingindo bons resultados. (313)
52	Não recursos para tomar as precauções necessárias de biossegurança e a chefia não se interessa. (271)
53	Existem erros pontuais, que poderia ser corrigido, mas falta vontade de que e de direito corrigir e não o faz, o que se percebe e que há alguns profissionais que essa instituição digamos assim “toma bico” ou cabide de emprego. Se for citar as mais comuns ficamos escrevendo algumas páginas. (448)
54	Observo que alguns técnicos de enfermagem mais antigos têm alguns hábitos e não aceitam modificá-los: não usam luva para punção, presenciei que ao ser realizada troca de sonda enteral, esta caiu no chão, e a intenção do profissional foi leva-la na pia para reintroduzi-la e se chateou comigo pois solicitei que a mesma fosse desprezada e substituída por uma nova. (040)
55	Em relação a segurança do paciente no que se diz tratamento é difícil ter tantas faltas de medicamentos, estas trazem riscos de morte por falta de tratamento. (007)
56	Há falta de treinamento especializado para o setor que mandam os funcionários. Ao meu ver esse é o problema para segurança do paciente. (088)
57	Primeiramente gostaria de agradecer a oportunidade de participar, e dizer que penso que nossos clientes no CC (Centro Cirúrgico) têm sua segurança assegurada por conta das rotinas sobre cirurgia segura! (287)
58	O nosso hospital está em fase de construção dos processos de segurança do paciente. (237)
59	Pacientes que necessitam de um cuidado maior e não tem indicação de área amarela, vermelho ou CTI, são prejudicados por falta de cuidados um pouco mais atencioso. (398)

Nº	CONTEUDOS DA QUESTÃO DISCURSIVA ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO HUMAP/UFMS/EBSERH
60	Camas com grades. Identificação do paciente no leito e uma pulseira. No primeiro P. O paciente só deve levantar com a presença de profissionais de enfermagem. Pacientes uniformizados, etc. (429)
61	Controle de pessoas que circulam dentro das unidades e maior desempenho dos multiprofissionais que atuam na recuperação direta dos pacientes. (413)
62	Não creio que num hospital onde faltam materiais e medicação básica, sejamos voltados para a segurança dos pacientes, e até mesmo dos funcionários. (334)
63	Acredito que os profissionais sabem trabalhar com qualidade e aplicando os princípios de segurança, mas na prática diária são tantos os desafios como falta de insumos, que nos obriga a improvisar a assistência que impossibilita a técnica correta para segurança. (350)
64	O nosso hospital está muito descuidado. Há muita falta de material, insumos, medicações, devido ao mau gerenciamento por esta direção, isto acaba refletindo sobre os melhores cuidados em pró do paciente, da sua melhora patológica. Um exemplo, desse descaso, é o que aconteceu no PAM mês passado. (346)
65	Não sei de quem é a culpa se a direção do hospital ou o governo federal que só se preocupa em comprar equipamentos caros que não estão sendo necessários, quando está faltando o básico para atendermos com qualidade e segurança o paciente. (333)
66	Apesar do assunto ser de suma importância penso que o mesmo não é trabalhado com de “merecida seriedade” evidencia que deveria, uma vez que na prática é comum um certo receio em discutir o assunto, apontar eventos relacionados a este e principalmente buscar soluções e esclarecimentos sobre o mesmo. Diante disso considero importantíssimo trabalhos como este que se realiza, onde possam ser abordados tais questões. (353)
67	Profissionais de diferentes áreas despreparados e sem supervisão/orientação; Erros graves na prescrição de medicamentos; Erros graves na preparação e administração de medicamentos; Atribuição de competências “da área de saúde” para acompanhantes como: aspiração de secreção orotraqueal, dietas por sondas sem a orientação e supervisão; Fatal de equipamentos de que visem a segurança do paciente: colchoes de ar, campainha, material de restrição de movimento; Fatal de passagem plantão enfermagem; Falta de comunicação entre a equipe multidisciplinar; Falta de PTS; Falta de POPs e aplicabilidade dos existentes; Falta de educação continuada e plenamente; Falta de medicamentos, materiais médico-hospitalares (curativo, baciais para banho, coberturas para fluidos...); Excesso de alunos (graduação, pós, técnicos) na unidade com despreparo dos orientados (proporção docente/discente); Fatal de registro em prontuário ou dados incompletos e pobres. (097)
68	Necessidade de mão de obra de qualidade, necessidade de medicamentos, equipes, instrumentos para o hospital. 123)
69	No meu ver posso relatar alguns, como macas altos sem grades, escadas sem as borrachas antiaderente, camas com defeito, vários suportes de soco com emendas e totalmente enferrujados, macas quebradas com partes quebradas e outros. (341)
70	A preocupação e pouca para com o paciente e nula para com profissional. (264)
71	Observo com satisfação o início da implantação da equipe de segurança do paciente, compreendendo que todo início leva tempo a adaptação, espero que a partir destas ações, os olhares dos gestores estejam voltados para a redução dos casos adversos e menos na correção e punição como observo. (023)

Nº	CONTEUDOS DA QUESTÃO DISCURSIVA ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO HUMAP/UFMS/EBSERH
72	A direção está começando a se preocupar com a segurança do paciente, se depara com alguns funcionários não colaboradores do processo que propiciam a ocorrência de erros. (170)
73	O paciente precisa de muita atenção e mais segurança. (078)
74	Temos muita falta de materiais tais como luvas, álcool, mascaras, etc. (028)
75	Temos buscado continuamente melhorar a comunicação e a cultura segurança do paciente. (091)
76	Como faz apenas três meses no serviço, não considero possível um diagnóstico do setor e do hospital no geral por falta de não conhecer o mesmo. Percebo que a poética de segurança do paciente se faz possível de forma consolidada, pois é um tema que tem sido trabalhado com bastante intensidade. Infelizmente pela atual situação político administrativa do período que estamos vivendo, percebe-se uma real necessidade de melhoria do serviço no geral e por esta ênfase de implantação de uma nova gestão, no início tudo fica obscuro, e só a média e longo prazo é que as mudanças começam a ser percebidas.(018)
77	Acredito que a nossa equipe busca sempre prestar um atendimento seguro ao paciente, mas, entretanto, nos falta condições materiais e física para que isso ocorra: falta avental, usamos o mesmo, no mesmo paciente, dividindo com os colegas durante todo o plantão, falta bomba de seringa, nos impossibilitando de administrar as doses de forma fidedignas.(153)
78	A falta de material compromete muita a prestação de uma assistência segura e livre de danos ao paciente. E desgastante para a equipe ter que ficar inventando gambiarras, fora que os mesmos causam ou podem causar danos numa assistência de qualidade.(069)
79	Há muitos colaboradores inexperientes ainda, em processo de aprendizagem dos procedimentos e rotinas no hospital, mesmo assim acredito que são poucos os efeitos adversos que trazem prejuízo aos pacientes. Quando ocorrem, ao meu ver, são pouco notificados por medo da repressão.(470)
80	O programa de segurança do paciente é recente na clínica pediátrica e hospital HUMAP, há alguns meses atrás não tinha por exemplo medidas de segurança como por exemplo: identificação do paciente (pulseiras) e identificação dos acessos venosos periféricos, hoje com o programa quase que 100% das vezes tem pulseiras e identificação nos AVP.(374)
81	A segurança do paciente é implicada diretamente pelas condições técnicas das unidades, bem como do treinamento contínuo e a atualização das pessoas que cuidam dos pacientes. Penso que condições técnicas estão ficando obsoletas, e a atualização dos profissionais tem sido relegado a segundo plano por falta de interesse do governo (implicando na direção) que sucateia o serviço em questão. (066)
82	A segurança do paciente é fundamento em nosso ambiente de trabalho. Os textos de exercícios podem provocar observar nos pacientes. É de suma importância uma equipe treinada, caminho de emergência bem equipado segundo as normas técnicas da Ateal. Faz-se necessário um elo de ligação maior entre os enfermeiros que atuam nas especialidades e a direção do hospital. (033)
83	Falta treinamento técnicos por equipe em procedimentos básicos e entendimento sobre sua importância. (009)
84	Estamos sob nova gestão governamental – EBSERH, a direção hospitalar é controlada por um grupo politicamente intocado, ou seja, trabalha com foco em interesses privados tentando imprimir logicas de mercado ao sistema de saúde. Disso, muitas vezes sofremos choques com cortes de gasto e logística deficiente, qual compromete o serviço e consequentemente a segurança do paciente. (418)

Nº	CONTEUDOS DA QUESTÃO DISCURSIVA ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO HUMAP/UFMS/EBSERH
85	Infelizmente existe uma barreira muito grande entre nós técnicas em enfermagem e a chefia imediata e isso tem causado alguns problemas em relação à segurança do paciente. Isso poderia melhorar se eles abrissem espaço para no mínimo nos ouvir. (120)
86	Depende muito do comprometimento profissional, com a vida, devido aqueles que acreditam ser “deus”, porém quase nunca sofre as devidas penalidades, com isso contribui para o descaso com a segurança do paciente e não havendo registro dos eventos no hospital. (261)
87	Atualmente no Hospital Universitário, tem havido um movimento de reestruturação com o advento da administração da Empresa Brasileira dos Serviços Hospitalares (EBSHER). Observa-se que a implementação de políticas de proteção à saúde é relevante. Contudo há falhas em se redirecionamento. Partindo da premissa de Florence Nightingale de que “O primeiríssimo requisito de um hospital é o princípio e que ele não deve causar dano”. Especificamente na unidade onde atuo há mais de vinte anos, observei fatos que colocaram em risco os pacientes, principalmente psicologicamente. A retirada acelerada dos antigos funcionários com a colocação de funcionários sem a mínima experiência, fazendo com que inúmeras reclamações chegassem a gerencia que se voltava contra quem reclamava. Sem contar, que os funcionários ficavam sob stress porque tinham um período de três meses de experiência e tinham que mostrar resultados. Não somente os pacientes e funcionários novos sofram. Os antigos ou jurássicos como somos chamados sofremos muito. Sem consideração e o mínimo de respeito por parte da direção. Dada a implementação da EBSHER, havia reunião por 03 a 04 dias para explicar as metodologias que seriam implementadas, quanto a nós, éramos ou nunca fomos convidados para participar de reuniões. Sob minha ótica, pensei que seriam supridas a falta de mão de obra com a mão de obra especializada em prol da melhoria da qualidade da segurança do paciente nos cuidados à saúde. Atualmente no hospital, não é oferecido o atendimento noturno aos pacientes renais, pois os médicos não aceitam o salário oferecido. “A máquina medica” está distribuída de maneira desordenada durante o dia, deixando a mercê o período noturno, onde o paciente não tem a segurança do atendimento hemolítico se necessário. Observa-se no âmbito hospital a falta de medicação e matérias para atendimento em geral. Estou ciente que há um novo gerenciamento, mas com repetição de erros gerenciais antigos. Por isso, ainda há muito a ser feito, muito a se fazer, um compromisso para garantir a segurança humana, um compromisso com a sociedade. (210)
88	Acredito que assim como em outros hospitais, presenciamos diversos eventos adversos que nos sentimos impedidos ou não encontramos uma forma de agir para que isto não ocorra. Como por exemplo, alguns procedimentos médicos que as vezes geram danos aos pacientes. (221)
89	Sou egresso da UFMS (1998). Há mais de 20 anos frequento o HU e houve uma substancial melhora da assistência como um todo ao paciente desde a introdução dos colaboradores da EBSERH, portanto melhorou qualiquantitativo. Não havia o conceito de segurança no HU. (311)
90	Frequente fato de materiais, equipamentos e medicamentos básicos para o cuidado do paciente. Tal problema parece ser crônico, sendo comum as adaptações “gambiarras” para cuidar do paciente, tal problema aumenta drasticamente o risco para o paciente e profissional. Nunca trabalhei em um lugar em que fosse rotina faltar tudo como o HU HUMAP. (204)
91	Precisamos melhoramos quanto as propostas de segurança do paciente do ministério de saúde, e que todos os setores trabalhem em conjunto para oferecer menos riscos/danos ao paciente e sua estadia no hospital, o envolvimento da equipe e chefia falando a mesma língua e cobrando as rotinas de cada setor e em conjunto do hospital. (275)
92	O serviço está preso a velhas rotinas e a crença que se sobrepõe as evidencias de melhor cuidado com a segurança do paciente. (231)
93	A segurança do paciente tem melhorado muito no C.T.I. com a admissão dos funcionários da EBSERH. (076)

Nº	CONTEUDOS DA QUESTÃO DISCURSIVA ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO HUMAP/UFMS/EBSERH
94	Embora não seja cultura deste hospital a segurança do paciente (em relação às atividades rotineiras), a entrada de novos colaboradores provenientes de serviço onde as notificações e os protocolos de segurança do paciente já são realidade introjetada no cotidiano do trabalhador será um grande ganho para mudança da atual situação. Assim como o trabalho do Núcleo de segurança do paciente também tem assumido este papel com muito empenho. (039)
95	Os principais riscos aos pacientes decorrem da falta de matérias/insumos para a prestação da assistência, levando a improvisos com outros materiais e risco de contaminação. (211)
96	– Eu percebo que o que mais contribui para ocorrer erros é realizar as tarefas (assistência) com pressa, isso ocorre quando há número reduzido de funcionários, que atualmente não vem ocorrendo, percebi que o número escasso de funcionários causa estresse, ocasionando desatenção, aumentando o risco em medicações tanto dose, quanto administrar em paciente errado. Isso eu vivenciei em outra instituição e o índice de acidente de trabalho aumenta muito, principalmente referente à perfuro cortante. (136)
97	Discutir normas, procedimentos e demais atitudes em relação seja ao setor ou a equipe ou o paciente com a equipe aténs de implementa-las e não chegar com arbitrariedade com coisas que muitas vezes não ajudam para a melhora de assistência ao cliente enfermo e ao seu cuidador. (197)
98	Enquanto tivemos uma saúde pública precária, a segurança do paciente estará em risco. (254)
99	Nós que somos RJU estamos totalmente insatisfeitos com essa direção do hospital, há um clima geral de desânimo, com certeza afeta nosso trabalho. (167)
100	Na atual gestão, muitos profissionais recém-admitidos que requerem treinamentos e capacitações, além da falta de materiais que são essenciais para a terapêutica do paciente bem como para sua segurança, por exemplo a falta de gases para curativos; como fazer curativo sem gaze e muitas vezes com apenas uma compressa. (252)
101	Falta de material como EPIS, para isolamento de contato. Falta equipamentos e materiais para assistência em geral, como podemos fazer segurança desta forma? (147)

Anexos

ANEXO A – Questionário de pesquisa Hospital Survey on Patient Safety (HSOPSC) na versão original.

Hospital Survey on Patient Safety (HSOPSC)

Instructions

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.

If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you may leave your answer blank.

- An **“event”** is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.
- **“Patient safety”** is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.

SECTION A: Your Work Area/Unit

In this survey, think of your “unit” as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend most of your work time or provide most of your clinical services.

What is your primary work area or unit in this hospital? Select ONE answer.

☐ a. Many different hospital units/No specific unit

☐ b. Medicine (non-surgical)

☐ h. Psychiatry/mental health

☐ n. Other, please specify:

☐ c. Surgery

☐ i. Rehabilitation

☐ d. Obstetrics

☐ j. Pharmacy

☐ e. Pediatrics

☐ k. Laboratory

☐ f. Emergency department

☐ l. Radiology

☐ g. Intensive care unit (any type)

☐ m. Anesthesiology

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit.

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. People support one another in this unit.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. We have enough staff to handle the workload	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. In this unit, people treat each other with respect.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
6. We are actively doing things to improve patient safety..	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Staff feel like their mistakes are held against them	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Mistakes have led to positive changes here	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. When one area in this unit gets really busy, others help out	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. We have patient safety problems in this unit	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SECTION B: Your Supervisor/Manager

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report.

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SECTION C: Communications

How often do the following things happen in your work area/unit?

Think about your hospital work area/unit...	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. We are given feedback about changes put into place based on event reports	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. We are informed about errors that happen in this unit	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SECTION D: Frequency of Events ReportedIn your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, *how often are they reported?*

	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. When a mistake is made, but is <u>caught and corrected before affecting the patient</u> , how often is this reported?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. When a mistake is made, but has <u>no potential to harm the patient</u> , how often is this reported?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. When a mistake is made that <u>could harm the patient</u> , but does not, how often is this reported?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SECTION E: Patient Safety Grade

Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety.

☐	☐	☐	☐	☐
A	B	C	D	E
Excellent	Very Good	Acceptable	Poor	Failing

SECTION F: Your Hospital

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital.

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Hospital units do not coordinate well with each other ...	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Things “fall between the cracks” when transferring patients from one unit to another	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SECTION F: Your Hospital (continued)

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
5. Important patient care information is often lost during shift changes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Hospital units work well together to provide the best care for patients	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Shift changes are problematic for patients in this hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SECTION G: Number of Events Reported

In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?

- ☐ a. No event reports ☐ d. 6 to 10 event reports
☐ b. 1 to 2 event reports ☐ e. 11 to 20 event reports
☐ c. 3 to 5 event reports ☐ f. 21 event reports or more

SECTION H: Background Information

This information will help in the analysis of the survey results.

1. How long have you worked in this hospital?

- ☐ a. Less than 1 year ☐ d. 11 to 15 years
☐ b. 1 to 5 years ☐ e. 16 to 20 years
☐ c. 6 to 10 years ☐ f. 21 years or more

2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?

- ☐ a. Less than 1 year ☐ d. 11 to 15 years
☐ b. 1 to 5 years ☐ e. 16 to 20 years
☐ c. 6 to 10 years ☐ f. 21 years or more

3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?

- ☐ a. Less than 20 hours per week ☐ d. 60 to 79 hours per week
☐ b. 20 to 39 hours per week ☐ e. 80 to 99 hours per week
☐ c. 40 to 59 hours per week ☐ f. 100 hours per week or more

SECTION H: Background Information (continued)

4. What is your staff position in this hospital? Select ONE answer that best describes your staff position.

☐ a. Registered Nurse	☐ j. Respiratory Therapist
☐ b. Physician Assistant/Nurse Practitioner	☐ k. Physical, Occupational, or Speech Therapist
☐ c. LVN/LPN	☐ l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)
☐ d. Patient Care Asst/Hospital Aide/Care Partner	☐ m. Administration/Management
☐ e. Attending/Staff Physician	☐ n. Other, please specify:
☐ f. Resident Physician/Physician in Training	
☐ g. Pharmacist	
☐ h. Dietician	
☐ i. Unit Assistant/Clerk/Secretary	

5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?

- ☐ a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.
- ☐ b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.

6. How long have you worked in your current specialty or profession?

☐ a. Less than 1 year	☐ d. 11 to 15 years
☐ b. 1 to 5 years	☐ e. 16 to 20 years
☐ c. 6 to 10 years	☐ f. 21 years or more

SECTION I: Your Comments

Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.

ANEXO B – Questionário de Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospital (HSOPSC) na versão brasileira

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 notificação 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? Selecione UMA resposta.

☐ a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	☐ h. Psiquiatria/saúde mental
☐ b. Clínica (não cirúrgica)	☐ i. Reabilitação
☐ c. Cirurgia	☐ j. Farmácia
☐ d. Obstetrícia	☐ k. Laboratório
☐ e. Pediatria	☐ l. Radiologia
☐ f. Setor de Emergência	☐ m. Anestesiologia
☐ g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	☐ 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 outras	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continuação)

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é <u>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Quando ocorre um erro, mas <u>não há risco de dano ao paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando ocorre um erro, que <u>poderia causar danos ao paciente</u> , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO E: Notas de segurança do paciente

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

☐ A Excelente
 ☐ B Muito boa
 ☐ C Aceitável
 ☐ 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	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

- ☐ a. Nenhuma notificação ☐ d. 6 a 10 notificações
☐ b. 1 a 2 notificações ☐ e. 11 a 20 notificações
☐ c. 3 a 5 notificações ☐ f. 21 notificações 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?

- ☐ a. Menos de 1 ano ☐ d. 11 a 15 anos
☐ b. 1 a 5 anos ☐ e. 16 a 20 anos
☐ c. 6 a 10 anos ☐ f. 21 anos ou mais

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

- ☐ a. Menos de 1 ano ☐ d. 11 a 15 anos
☐ b. 1 a 5 anos ☐ e. 16 a 20 anos
☐ c. 6 a 10 anos ☐ 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

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

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
- ☐ b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo
- ☐ c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto
- ☐ d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo
- ☐ e. Ensino Superior Incompleto
- ☐ f. Ensino Superior Completo
- ☐ g. Pós-graduação (Nível Especialização)
- ☐ 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.

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO DE MATO GROSSO DO SUL

Pesquisador: Arminda Rezende de Pádua Del Corona

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44734415.2.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.075.040

Data da Relatoria: 19/05/2015

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa qualitativa, descritiva, transversal correlacional, tem como finalidade a Tese de Doutorado de Arminda Rezende de Pádua Del Corona. Propõe-se sua realização nas unidades de internação (clínica médica, cirúrgica, terapia intensiva de pacientes adulto e infantil, pronto atendimento médico, maternidade, pediatria, centro cirúrgico, centro obstétrico, unidades de tratamento renal e coronárias) do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP). A população será constituída por 617 profissionais de saúde que atuam no HUMAP: enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos assistentes de várias especialidades, residentes e preceptores da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), nutricionistas, psicólogos, instrumentador cirúrgico, técnicos de anatomia patológica, enfermagem, farmácia, laboratório e radiologia que atendem aos seguintes critérios de inclusão: possuir vínculo empregatício com o hospital há mais de seis meses, estar em efetivo exercício profissional no hospital e trabalhar no mínimo 20 horas semanais na instituição. Foi estabelecido como critério de exclusão: profissionais de saúde que atuem como supervisores de ensino ou assistente de professor, mas sem vínculo trabalhista com a instituição. A amostra, probabilística causal simples e estratificada, foi calculada sobre a população com a margem de erro de 5% do desvio-padrão e nível de confiança de 95%, obtendo-se 237 profissionais, que acrescido 30%, conforme recomendado pela Agency for

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edlpesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Healthcare Research and Quality (AHRQ), perfaz uma amostra total de 312 profissionais. A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora utilizando-se de entrevista semiestruturada (primeira etapa - abordagem qualitativa) e da aplicação do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) da AHRQ (segunda etapa - abordagem quantitativa). Visando atingir a meta de taxa de resposta geral de 30% sobre a amostra da população serão utilizadas como estratégias: envio de carta convite personalizada, entregue pessoalmente pela pesquisadora aos profissionais, informando-os da pesquisa e solicitando a sua participação; elaboração e distribuição de cartazes informando a realização da pesquisa, aproximadamente 2 semanas antes do início da coleta de dados, em locais estratégicos das unidades campo de estudo; elaboração e distribuição, de cartazes de agradecimento pela avaliação da cultura de segurança do paciente no HUMAP. Após realização das entrevistas, "com quatro questões abertas semiestruturadas, em uma amostra de profissionais selecionados", terá início a aplicação do questionário HSOPSC. Os dados coletados do questionário HSOPSC serão codificados e agrupados por domínios das variáveis e relativos às pontuações da escala do tipo Likert, por meio de análise pelo programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0. A distribuição das variáveis será analisada por meio de processamento estatístico e os resultados serão apresentação em tabelas e gráficos, para posteriores discussões e comparações. Após a mensuração estatística, a pesquisadora realizará a análise dos resultados de cada unidade hospitalar, com vistas a comparação das características psicométricas entre as categorias de profissionais de saúde e as unidades hospitalares. Quanto aos dados obtidos pela abordagem qualitativa, serão categorizados por unidades temáticas de acordo com a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardan, visando inferir e comparar a percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente, com os resultados obtidos na abordagem quantitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a cultura de segurança do paciente nas diferentes unidades hospitalares, do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), segundo a percepção dos profissionais de saúde.

Objetivos Secundários:

- Medir a cultura de segurança do paciente por categorias de profissionais e comparar os escores entre as diferentes categorias;
- Mensurar a cultura de segurança do paciente das unidades hospitalares e comparar os escores

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

entre as diferentes unidades hospitalares;

- Identificar as áreas críticas e frágeis da cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais e
- Apresentar um plano de ações e estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente do HUMAP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a proponente não há riscos biológicos para os participantes. Como benefícios indica que os resultados obtidos contribuirão para que o Núcleo de Segurança do Paciente do HUMAP implemente metas e ações relativas ao seu Plano de Segurança do Paciente, conforme estabelece a RDC-MS 36/2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem potencial para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento sobre a temática "cultura de segurança do paciente" ao utilizar uma investigação de mensuração com abordagem quali-quantitativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Consta do projeto de pesquisa: "As entrevistas acontecerão na primeira etapa da coleta de dados, devendo ser interrompidas assim que os discursos começarem a se repetir. Depois de encerradas as entrevistas com amostra de profissionais selecionados, terá início a segunda etapa coleta de dados, por meio da aplicação do questionário HSOPSC". Entretanto, não se explicitou como serão selecionados os participantes que concederão as entrevistas; não foram apresentadas as quatro questões norteadoras; não se especificou onde as entrevistas seriam realizadas e o tempo de duração estimado para a condução das mesmas. No arquivo do projeto não foi apresentado nenhum dos anexos e apêndices citados no texto, inclusive os relativos aos "Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices B e C)".

- Não foi anexado na Plataforma Brasil (PB) o TCLE relativo a primeira etapa da pesquisa;
- O TCLE referente a segunda etapa da pesquisa (aplicação do questionário HSOPSC), é claro, conciso e objetivo;
- Foi anexada, na PB, Carta de anuência para a da Gerência de Atenção à Saúde do HUMAP para a realização do estudo;
- O cronograma proposto é exequível;
- Apresentou-se orçamento total no valor de R\$ 24.165,00 (R\$ 17.085,00 - capital; R\$ 4.380,00 -

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.075.040

custeio e R\$ 2.700,00 - bolsas).

Recomendações:

Vide item: "Conclusões ou pendências e Lista de inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Explicitar como será estabelecida a amostra de participantes que concederão as entrevistas e apresentar as quatro questões norteadoras;
- Anexar na PB o TCLE relativo a primeira etapa da pesquisa especificando local de realização das entrevistas, tempo de duração estimado para a condução e se as mesmas serão ou não gravadas.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aguarda-se as respostas às pendências assinaladas num prazo máximo de 30 dias, após esse período o processo será arquivado.

SAO PAULO, 22 de Maio de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ANEXO D – Parecer do Colegiado Executivo HUMAP-UFMS

Resolução nº55, de 06 de Julho de 2015.

O Presidente do Colegiado Executivo do HUMA-UFMS, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – **EBSERH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, considerando a Lei nº 12550, de 15 de dezembro de 2011, art. 6º, o Regimento Interno da EBSERH, artigos 46 e 47, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada em 30 de Junho de 2015, **RESOLVE:**

Considerando a CI nº085/2015 da Gerência de Ensino e Pesquisa de 03 de Julho de 2015.

APROVAR – Projeto de pesquisa: Avaliação da cultura de segurança do paciente em Hospital público de ensino de Mato Grosso Sul.

1. O presente projeto tem como pesquisadora: **Prof. Arminda R. Pádua Del Corona.**
2. Orientadora: **Dra. Aparecida de Cássia Giane Peniche.**
3. Prazo de Execução: Julho de 2015 a Abril de 2016.

CLÁUDIO WANDERLEY LUZ SAAB

Presidente do Colegiado Executivo HUMAP-UFMS

Gabinete da Superintendente HUMAP-UFMS

Av. Senador Filinto Muller, 355 – Cidade Universitária – Vila Ipiranga - Campo Grande-MS – 79080-190
Fone (67) 3345 3302 – (67) 3345 3049(fax) – www.nhu.ufms.br - e-mail: secgab@nhu.ufms.br

Nº 44, segunda - feira, 06 de julho de 2015

Resolução nº 55, de 06 de Julho de 2015.

O Presidente do Colegiado Executivo do HUMA-UFMS, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – **EBSEH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, considerando a Lei nº 12550, de 15 de dezembro de 2011, art. 6º, o Regimento Interno da EBSEH, artigos 46 e 47, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada em 30 de Junho de 2015, **RESOLVE:**

Considerando a CI nº085/2015 da Gerência de Ensino e Pesquisa de 03 de Julho de 2015.

APROVAR – Projeto de pesquisa: Avaliação da cultura de segurança do paciente em Hospital público de ensino de Mato Grosso Sul.

1. O presente projeto tem como pesquisadora: **Prof. Arminda R. Pádua Del Corona.**
2. Orientadora: **Dra. Aparecida de Cássia Giane Peniche.**
3. Prazo de Execução: Julho de 2015 a Abril de 2016.

CLÁUDIO WANDERLEY LUZ SAAB

Presidente do Colegiado Executivo HUMAP-UFMS

Resolução nº 56, de 06 de Julho de 2015.

Dispõe sobre a Publicação do Boletim de Serviço do HUMAP-UFMS, filial a EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

O Presidente do Colegiado Executivo do HUMAP-UFMS, filial EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH, no uso de suas atribuições que lhe confere a Portaria nº 125, de 11 de dezembro de 2012, e tendo em vista o disposto na Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, conforme reunião de Colegiado Executivo realizado em 30 de Junho de 2015 Resolve:

Aprovar a Normatização de Estágio não obrigatório:

Art. 1º - Instituir as normas para realização de Estágio **Não Obrigatório** no âmbito do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/HUMAP-UFMS, nos termos dessa Resolução.

Parágrafo único. Esta Resolução se aplica a realização de estágio não obrigatório a profissionais em formação, com atuação na área educacional e científica.