

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da saúde- CCBS
Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF)

**Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital público do
município do Rio de Janeiro.**

MARCELO DA SILVA DEHOUL

Rio de Janeiro

2020

MARCELO DA SILVA DEHOUL

Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital público do município do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração:

Orientadora: Prof^ªDr^ª Priscila de Castro Handem

Rio de Janeiro

2020

MARCELO DA SILVA DEHOUL

Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital público do município do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração:

Aprovada em de de 2020.

Banca examinadora:

Prof.^a. Dr.^a. Priscila de Castro Handem
Presidente

Prof. Dr. Davi da Silveira Barroso Alves
1^a Examinador (CCET – UNIRIO)

Prof.^a. Dr.^a. Keroulay Estebanez Roque
2^a Examinadora (HUCFF – UFRJ)

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTO

À minha orientadora Prof^a Dr^a Priscila de Castro Handem por ter aceitado o desafio e me ajudado a caminhar na construção desse trabalho.

À Prof^a Dr^a Teresa Tonini por toda a paciência, incentivo, ensinamentos, confiança, ponderações e a amizade que me norteou até aqui.

À Prof^a Dr^a Enirtes Caetano Prates Melo pelo incentivo e pelos ensinamentos valiosos.

À banca examinadora pela disponibilidade e contribuições.

À minha família pelo incentivo e crença nessa conquista.

Às amigas e companheiras Enfermeira Andréa da Silva Gomes Ludovico e Enfermeira Ádane Domingues Viana pelas discussões, apoio, orientações, momentos de lutas e conquistas, de lágrimas e sorrisos.

À Deus por toda força de vida.

Lista de Figuras

Figura 1 – Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente e as variáveis de resultado mensuradas pelo HSOPSC.

Figura 2: Tradução livre do quadro 3 do manual do questionário HSOPSC da AHRQ.

Figura 3- Perfil da amostra.

Figura 4 - Quadro 1 - Dimensões de Cultura de Segurança, Racionalidade e Respostas positivas no HSOPSC (%).

Figura 5 - Quadro 1- Distribuição de eventos por tipo e ano

Figura 6- Quadro 2- Distribuição dos eventos pela sua característica e ano.

Figura 7- Quadro 1- Percentual de profissionais que atuam direta ou indiretamente com pacientes.

Tabelas

Tabela 1- Porcentagem de participantes do serviço.

Tabela 2- Características profissionais dos participantes da pesquisa Cultura de segurança do paciente em um hospital de urgência e emergência do Município do Rio de Janeiro - RJ, Brasil, 2020.

Tabela 3- Porcentagem de respostas por dimensão.

Tabela 4- Demonstrativo dos profissionais participantes.

Tabela 5- Porcentagem de participantes por profissão.

Tabela 6- Características profissionais dos participantes da pesquisa Cultura de segurança do paciente em um hospital de urgência e emergência do Município do Rio de Janeiro - RJ, Brasil, 2020.

Catalogação informatizada pelo(a) autor(a)

D314 DEHOUL, MARCELO
Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em
um Hospital Público do Município do Rio de Janeiro /
MARCELO DEHOUL. -- Rio de Janeiro, 2020.
70

Orientadora: Priscila de Castro Handem.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2020.

1. Segurança do Paciente. 2. Cultura de Segurança.
3. Assistência à Saúde. 4. Organização e
Administração. I. de Castro Handem, Priscila,
orient. II. Título.

SIGLÁRIO

AHRQ- Agency of Healthcare Research and Quality

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CN- Circunstância notificável

CER- Coordenadoria de Emergência Regional

CS – Cultura de Segurança

EA- Evento adverso

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública

HSOPC- Hospital Survey on Patient Safety Culture

NSP- Núcleo de Segurança do Paciente

OMS- Organização Mundial de Saúde

MS- Ministério da Saúde

SP- Segurança do Paciente

IN- incidente sem dano

IOM- Institute of Medicine

ISEP- Indicadores de Segurança do Paciente

LAIS- laboratório de Inovação Digital

NM- Near Miss

Notivisa- Sistema Nacional de notificação da agência Nacional de Vigilância Sanitária

PNSP- Plano Nacional de Segurança do Paciente

RAS- Redes de Atenção à Saúde

RDC- Resolução de Diretoria Colegiada

RJ- Rio de Janeiro

TCLE- Termo de consentimento livre e esclarecido

UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte

DEHOUL, Marcelo da Silva. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital público do município do Rio de Janeiro. 2020. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde de um hospital público de urgência e emergência. Trata-se de um estudo seccional desenvolvido em um hospital de grande porte no município do Rio de Janeiro, no qual foram realizadas duas avaliações que culminaram em dois artigos complementares. No primeiro foi traçado o perfil das notificações de eventos de segurança do paciente, apontando os tipos mais frequentes de ocorrências e as características mais comuns dos eventos adversos. Tal caracterização permitiu inferir que há um elevado número de ocorrências com dano que devem ser melhor monitoradas e há necessidade de desenvolver uma cultura justa, a permitir que os profissionais sintam-se confortáveis em fazer as notificações ao Núcleo de Segurança do Paciente. O segundo artigo foi planejado a partir da necessidade de entender como os profissionais entendem e se reconhecem enquanto propagadores da segurança do paciente, e para isso buscamos avaliar a cultura de segurança por meio do questionário *Hospital Survey Of Patient Safety Culture* (HSOPSC) disponibilizado pela *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Doze dimensões de segurança foram avaliadas e as respostas positivas consideradas para uma análise que mostrou a fragilidade na cultura de segurança instituída. Os dois artigos se complementam e corroboram com a necessidade de melhorar a cultura de segurança e gestão de risco, para que o hospital apresente maior qualidade assistencial e alta adesão à segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Assistência à Saúde, Cultura de Segurança, Organização e Administração.

ABSTRACT

DEHOUL, Marcelo da Silva. Evaluation of patient safety culture in a public hospital in the city of Rio de Janeiro. 2020. 80 f. Dissertation (Master in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This study aimed to assess the culture of patient safety culture among health professionals in a public hospital of urgency and emergency. This is a sectional study carried out in a large hospital in the city of Rio de Janeiro, in which two evaluations were carried out, culminating in two complementary articles. In the first, the profile of patient safety event notifications was outlined, pointing out the most frequent types of occurrences and the most common characteristics of adverse events. Such characterization allowed to infer that there is a high number of occurrences with damage that must be better monitored and there is a need to develop a fair culture, allowing professionals to feel comfortable in making notifications to the Patient Safety Center. The second article was designed based on the need to understand how professionals understand and recognize themselves as propagators of patient safety, and for this we seek to evaluate the safety culture through the Hospital Survey Of Patient Safety Culture (HSOPSC) questionnaire provided by the Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ). Twelve safety dimensions were evaluated and the positive responses considered for an analysis that showed the weakness in the established safety culture. The two articles complement and corroborate the need to improve the safety and risk management culture, so that the hospital presents higher quality of care and high adherence to patient safety.

Keywords: Patient Safety, Health Care, Safety Culture, Organization and Administration.

SUMÁRIO

1 Capítulo I - INTRODUÇÃO	14
1. Definição de segurança do paciente	14
2. Cultura de Segurança	16
3. Objeto de estudo	17
4. Objetivo geral	18
5. Objetivo específico	18
6. Justificativa	18
2 Capítulo II - Referencial Teórico	20
3 Capítulo III- Materiais e Métodos	21
1. Desenho do estudo	21 ^[OBJ]
2. Universo do estudo	25
3. População , amostra, período e coleta dos dados	27
4. Análise	34 ^[OBJ]
4 Capítulo IV – PRIMEIRO ARTIGO- Perfil de notificações de eventos de segurança do paciente em um grande hospital público de urgência e emergência no município do Rio de Janeiro- Brasil	35
5 Capítulo V – SEGUNDO ARTIGO- Dimensões da cultura de segurança em um grande hospital público de urgência e emergência no município do Rio de Janeiro: uma análise descritiva.	42
6 Capítulo VI- RESULTADO E DISCUSSÕES	56
7 Capítulo VII- CONCLUSÃO^[OBJ]	64
8 Capítulo VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66 ^[OBJ]
9 Capítulo IX - APÊNDICES^[OBJ]	68
Anexo 1- Carta Convite	
Anexo 2- Questionário HSPOSC	
Anexo 3- Modelo de Ficha de Notificação	
Anexo 4- Ficha Interna de Notificação de Eventos Adversos	

INTRODUÇÃO

Após ser indicado para gerenciar o NSP de um hospital público do município do Rio de Janeiro, em 2015 comecei a elaborar estratégias para divulgar essa preocupação descrita pela OMS e Ministério da Saúde (MS), visto que incidentes desnecessários eram de fato preocupações da minha prática diária. Todo o conhecimento adquirido com a especialização em Segurança do Paciente realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, proporcionou agregar conhecimento à experiência prévia em segurança do trabalho na indústria petrolífera *Offshore*, impulsionando-me a essa necessidade de mudança junto a minha vivência de 10 anos, como enfermeiro assistencial neste hospital. Logo, firmei junto ao cargo assumido um grande desafio: estabelecer estratégias que minimizassem os incidentes desnecessários decorrentes da assistência à saúde seja ela de forma direta ou indireta, dentro de uma instituição pública com mais de 100 anos de existência e onde segurança era tema novo.

O NSP deve atuar como um núcleo conectivo desde a alta gestão do hospital e as funções assistenciais diretas ao paciente. A criação das normativas e dos NSP institucionais, como ações isoladas não conseguem dar conta das situações assistenciais e das dificuldades locais no que se refere à temática da segurança, sendo necessário um grande empenho da alta gestão na implementação efetivas de novos processos de trabalho/cuidar, nas ações educativas do seu capital humano e no fortalecimento de uma cultura local voltada para os aspectos da segurança do paciente.

Acompanhando o conceito de Segurança do Paciente descrito pela OMS como a redução, a níveis aceitáveis, do risco de um dano desnecessário acontecer associado ao cuidado em saúde entende-se que os profissionais de saúde estão ética e tecnicamente implicados com ações administrativas, gerenciais e assistenciais capazes de monitorar e reduzir significativamente os riscos de incidente ou ocorrência de um evento adverso (EA). Apesar da oferta de tecnologias dos cuidados em saúde e das diretrizes e políticas de SP, os EA continuam ocorrendo.

Dentre esses eventos, de 5 a 10% apresentam alta severidade de dano ou são catastróficos para os pacientes (RUNCIMAN, 2018), e a postura e atitude responsáveis

e comprometidas dos profissionais podem evitar. O dano ao paciente, pode ser entendido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim ser físico, social ou psicológico (RUNCIMAN, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a Segurança do Paciente (SP) se constitui em preocupação mundial, dado o elevado índice de incidentes desnecessários oriundos dos cuidados de saúde, tornando-se um problema de saúde pública. Os sistemas de saúde e toda a sua diversidade apresentam fatores que podem auxiliar ou atrapalhar na melhoria da cultura de SP. As organizações de alta confiabilidade dispõem de recursos financeiros, estruturais e humanos que se constituem em fatores potencializadores para implantação de melhorias de segurança. Quando se analisa os serviços de saúde pública em comparação com os serviços privados são observadas diversos pontos potencialmente complicadores para uma Cultura de Segurança que seja ideal, em virtude dos fatores de formação profissional, condições tecnológicas, recursos terapêuticos disponíveis, interferência político-partidária e estruturas organizacionais diversas, nos diferentes cenários das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Em todas as organizações de saúde existe uma busca pela segurança, mas não existe um consenso sobre o que de fato é mais seguro e chega-se a questionar o que é mais impactante para a assistência segura, se a notificação de eventos adversos ou se a métrica desses danos (VINCENT, 2013).

A publicação da Portaria Ministerial nº 529/2013 e da RDC 36 contribuíram para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, delineando e determinando a criação dos chamados Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde, que devem atuar como articuladores e coordenadores da SP nas instâncias pré hospitalares, atenção primária, consultórios, laboratórios e naquelas hospitalares públicas, privadas, militares e filantrópicas, na promoção, proteção e diminuição de incidentes associados à assistência em saúde; cabendo ainda melhorar a Cultura de Segurança, capacitar as equipes, promover integração multiprofissional, identificar e monitorar riscos clínicos e não clínicos, implementar protocolos e monitorar indicadores, e analisar e avaliar incidentes ocorridos, sinalizando àqueles com danos aos pacientes no sistema de notificação em Vigilância Sanitária (ANVISA, 2013).

Ao longo do tempo e após quatro anos de implantação do NSP e do gerenciamento de notificações de eventos percebi que era necessário ampliar a compreensão de como a unidade se identifica e trabalha suas forças e fraquezas no que tange à segurança, buscando pontuar que percepção essa “comunidade” tem do seu processo de trabalho e de cuidar, de que forma as relações se estabelecem, de que forma os grupos se comunicam e que relações de confiança desenvolveram para garantir segurança naquilo que fazem.

Esse conjunto de coisas pode ser compreendido como uma cultura de segurança do paciente que nesta dissertação, é compreendida como o “produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento dos indivíduos e dos grupos que determina o compromisso, e o estilo e a proficiência da gerência com a saúde e a segurança da organização” (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993).

Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais é uma das áreas prioritárias e pode auxiliar os altos gestores na organização hospitalar, identificando pontos fortes e fracos que auxiliarão na definição de estratégias de melhoria entre as diversas dimensões de cultura. Desta forma este estudo justifica-se pela crescente necessidade do reconhecimento dos gestores de saúde, profissionais de saúde e usuários sobre a importância da segurança do paciente e a real necessidade de melhorias na forma de prestação da assistência com foco em prevenir os erros e agravos à saúde. Promover a cultura de segurança envolve os profissionais e sua organização como um todo.

Para Andrade *et al* (2015), essa avaliação permite mensurar as condições organizacionais geradoras de possíveis danos ao paciente, além de ser útil para traçar o diagnóstico do “nível de cultura de segurança, possíveis riscos de dano, benchmarking interno e externo, evolução das intervenções de SP acompanhar evolução da Cultura de SP com o tempo, bem como a notificação de incidentes.”

Para o entendimento da situação em que se encontra a CS, optou-se por um questionário de avaliação de cultura de segurança intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), recomendado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), que segundo Sorra e Nieva, (2004) proporciona a identificação de áreas nas quais a cultura necessita de melhorias; avaliação da efetividade de ações de melhoria da segurança implementadas ao longo do tempo; melhoria das funções e

processos assistenciais além de analisar as estratégias e para criar e ter ideias novas em cima do que já é realizado interna e externamente, auxiliando a organização a identificar como sua cultura de segurança difere da cultura de outras organizações; priorização de esforços para o fortalecimento da cultura de segurança identificando suas fragilidades.

Em um hospital público de urgência e emergência de grande porte, referência para o tratamento em diversas especialidades médico-cirúrgicas, a alta complexidade dos quadros clínicos dos pacientes, bem como o grande volume de atendimento e os poucos recursos financeiros, tecnológicos e de recursos humanos, apontam para a alta possibilidade de ocorrência de eventos ou circunstâncias não intencionais ou desnecessários aos pacientes, pois apesar de existirem processos de gerenciamento de riscos descritos, eles ainda não foram implantados de maneira efetiva, de forma que identifiquem, evitem e/ou minimizem os riscos aos profissionais, pacientes, visitantes e à própria instituição (RUNCIMAN, 2006). Para que a SP seja implantada de maneira eficiente e eficaz, é necessário o desenvolvimento de estudos robustos que apontem para a melhoria do sistema de assistência à saúde desse hospital, tendo como bases a cultura, os processos e as estruturas voltadas para a prevenção das falhas do sistema e a melhoria da segurança e da qualidade.

Dessa forma, desenvolvi esse estudo buscando entender a CS existente, visto que um hospital de 112 anos possui uma vasta história assistencial devendo existir uma cultura de segurança instituída, com base na missão de salvar vidas. O entendimento do *status quo* da qualidade e Segurança do Paciente é primordial para a melhoria dos processos de trabalho e gerenciais.

Considerando a alta magnitude e abrangência da cultura na SP, o objeto deste estudo é a cultura de segurança do paciente em um hospital público de urgência e emergência. Esse pensamento sistêmico por segurança, de caráter mundial, tem levado às organizações de saúde uma relevante preocupação com a cultura ou clima de segurança do paciente, por representar os valores, normas e procedimentos, além de crenças partilhadas por seus membros, unidades e equipes (MENDES, 2013). As informações colhidas foram analisadas sob a ótica dos estágios indicativos da maturidade da CS propostos por Hudson (2003), quais sejam: o estágio patológico, reativo, proativo e construtivo. Uma vez compreendidos tais modelos de maturidade de segurança e os pontos fortes e fracos do hospital estudado, pode-se definir os processos

que deverão ser aprimorados, implantados ou substituídos, para que ocorra a evolução da CS até o estágio ideal (FILHO, 2011).

- **Objetivos**

Geral: Avaliar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde de um hospital público de urgência e emergência.

Específicos: Determinar o perfil de notificações de incidentes feitos, espontaneamente, em um hospital público de urgência e emergência; analisar as dimensões de cultura de segurança definidas no instrumento de coleta, entre os profissionais de saúde de um hospital público de urgência e emergência; classificar a cultura de segurança do paciente segundo as dimensões analisadas.

- **Justificativa**

Esse estudo intenciona contribuir de forma relevante para a enfermagem no tocante à melhoria da cultura de segurança que proporciona maior direcionamento da assistência direta. Outra contribuição será para a instituição de saúde que terá respaldo para a assunção de rotinas, mudança de processos e implementação de protocolos que promoverão a melhoria dos cuidados em saúde.

A dissertação é apresentada sob a forma de dois artigos. O primeiro artigo, “Perfil de notificações de eventos de segurança do paciente em um grande hospital público de urgência e emergência no município do Rio de Janeiro- Brasil”, aborda os incidentes notificados, espontaneamente, em um hospital municipal do Rio de Janeiro-RJ. Acredito que o conhecimento deste perfil colabore nas reflexões sobre os incidentes e a cultura de segurança na instituição. Este artigo foi submetido para publicação e se encontra em processo de avaliação Revista de Saúde Coletiva (Barueri).

O segundo artigo, denominado “Dimensões da cultura de segurança em um grande hospital público de urgência e emergência no município do Rio de Janeiro: uma análise descritiva.”, apresenta o panorama da CS com base no Questionário de avaliação de cultura HSOPSC da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Os dados apresentados refletem o grau de cultura dos profissionais para a qualidade da assistência e a segurança do paciente naquele hospital.

Esse panorama é analisado com base nas dimensões de CS descritas por Reis (2013) que foram traduzidas e tiveram adaptação transcultural do HSOPSC, quais sejam:

Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes: avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente;

Aprendizado organizacional e melhoria contínua: avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a avalia a efetividade das mudanças ocorridas.

Trabalho em equipe dentro das unidades: define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe.

Abertura da comunicação: avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade.

Retorno das informações e da comunicação sobre erro: avalia a percepção dos funcionários no hospital se eles relatam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro.

Respostas não punitiva aos erros: avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas **fichas funcionais**.

Adequação de profissionais: avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.

Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente: avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária.

Trabalho em equipe entre as unidades: avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.

Passagens de plantão/turno e transferências internas: avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno.

Percepção geral da segurança do paciente: avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais.

Frequência de eventos notificados: relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente.

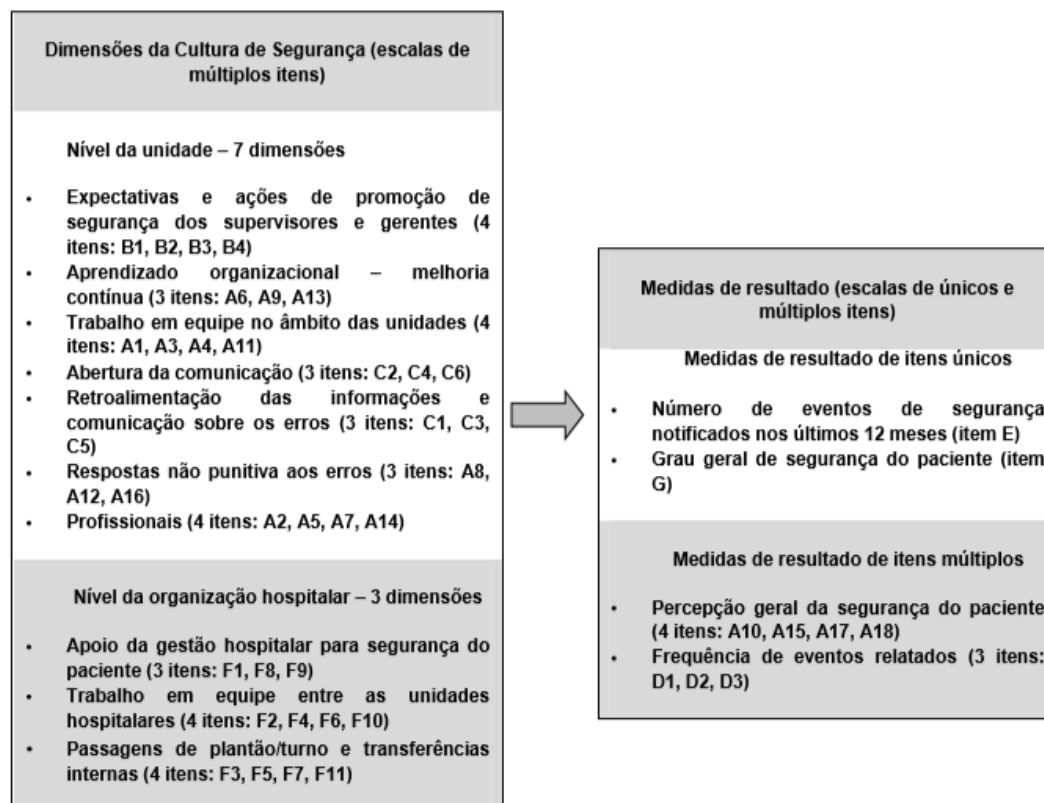


Figura 1 – Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente e as variáveis de resultado mensuradas pelo HSOPSC. Fonte: Reis (2013)

CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO

A qualidade em saúde transformou-se em uma busca incondicional para apresentar ao público, o status de ambiente seguro para a prestação de cuidados. Os parâmetros avaliativos de um ambiente de saúde seguro foram definidos de maneira que possam apresentar dados objetivos do grau de comprometimento dos profissionais assistenciais e gestores com a qualidade dos serviços, que segundo Donabedian (1978), "o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos"

Divulgar a cultura e a ocorrência de eventos de segurança das instituições de saúde, é um dos requisitos essenciais, de acordo com Handler (2006), para reduzir a ocorrência de eventos adversos tanto quanto possível, por meio do aprendizado proativo a partir dos erros, e redesenho dos processos, para evitar a recorrência de erros ou incidentes.

Pronovost (2004), descreve que o primeiro passo para se estabelecer uma Cultura de Segurança efetiva em uma organização de saúde é avaliar a cultura corrente. Para a evolução do processo de melhoria da CS, a confiança, o incentivo à notificação e a busca contínua pelas melhorias, devem ser continuamente trabalhados para que forneçam solidez à segurança.

A avaliação da cultura apresenta informações dos funcionários a respeito de suas percepções do ambiente, das equipes e comportamentos relacionados à segurança, e das ações gerenciais, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que seja possível realizar o planejamento e a implementação de ações estratégicas que melhorem a Cultura de Segurança. (Sorra & Nieva, 2004).

A publicação feita pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), com o título "*To err is human*" (Kohn et al., 1999), chamou a atenção das instituições de saúde para a necessidade de considerar a aplicação de estratégias para segurança adotadas em outras indústrias, tais como as de aviação, navegação e petrolífera offshore, pois para essas indústrias a maior importância está no sistema, e

não apenas nos indivíduos. O relatório enfatizou também, que nos sistemas de saúde deve haver o comprometimento no fortalecimento da cultura de segurança organizacional, como medida fundamental ao processo de melhoria da qualidade e segurança do paciente. A partir dessa publicação, um número crescente de estudos tem demonstrado a importância da cultura de segurança para a melhoria da qualidade e segurança do cuidado de saúde (Halligan & Zecevic, 2011).

O que caracteriza uma instituição de saúde com cultura de segurança positiva é a comunicação efetiva entre os profissionais, a atuação proativa da alta gestão e o entendimento internalizado e aplicados sobre a segurança e efetividade de ações preventivas. Nessa busca por ações de segurança do paciente efetivas, a cultura justa, de não culpabilização dos profissionais é uma das melhorias a serem implantadas para a melhoria da qualidade. Buscar as falhas sistêmicas e intervir objetivamente com o auxílio de ferramentas de análise de causas, assume fundamental importância na criação e manutenção de uma cultura justa. (*Health and Safety Commission, 1993; Cox & Cox, 1991*).

Para Leape (1998) a cultura da culpabilidade existente nas organizações de saúde, deve ser modificada para direcionar melhor a aprendizagem a partir dos erros, buscando as lições aprendidas em falhas e eventos adversos, fazendo com que as informações e aprendizados que emergem sejam compartilhadas. Reconhecendo fundamentalmente que o homem é falível e deve, identificar os erros ocorridos em seu ambiente laboral, e possibilitando a criação da nova modelagem dos processos e dos sistemas de assistência à saúde, objetivando reduzir os fatores colaborativos da falta de segurança do paciente.

Estudos sustentam o conceito de que uma condição primordial para a cultura de segurança em organizações de alto-risco, incluindo as organizações prestadoras de cuidados de saúde, reside em um conjunto de crenças partilhadas que sustentam práticas seguras entre os profissionais que nelas trabalham. Tal cultura é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua e a primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização (WHO, 2009).

Boysen (2013) afirma que a estrutura de uma cultura justa garante o equilíbrio na responsabilização dos indivíduos e dos responsáveis da organização por projetar e melhorar os sistemas no local de trabalho. A busca pelo erro e o profissional que

cometeu o erro prejudica o desenvolvimento da cultura de segurança, haja vista que a notificação não será entendida como um meio para a melhoria da qualidade. Os gestores devem ter a compreensão de que os indivíduos agem sob a égide de um sistema que possui falhas e pode levar o trabalhador a cometer erros, que serão mais ou menos graves conforme o rigor e adaptabilidade do sistema ao processo de trabalho e busca contínua por melhorias. Ainda segundo o mesmo autor, as pessoas cometem erros e erros levam a acidentes, mas na assistência em saúde, erros e acidentes causam mortes e danos que são desnecessários o que torna a busca pela melhoria dos processos uma corrida contínua e incessante.

Alguns aspectos da cultura justa vão além da certeza de que os trabalhadores se sentem à vontade em repor erros e falhas, pois as organizações altamente confiáveis, como as grandes indústrias e serviços de saúde compreendem que erros latentes existem em sistemas complexos, e por isso têm promovido a atenção plena aos seus funcionários por meio da constante preocupação com a possibilidade de falhas; Respeito à perícia do trabalhador, independente da sua posição ou status; capacidade de adaptação quando ocorrer o inesperado; capacidade do indivíduo em realizar uma tarefa mantendo a percepção de todo o contexto; e a capacidade do profissional de se adequar ao nível de exigência em uma situação específica (WEIKE, 2001).

A publicação da portaria 529 de 1º de abril de 2013, pelo Ministério da Saúde que instituiu o Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) faz, no seu artigo 4º, as seguintes definições: I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde; II - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico; III - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente; IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente.

De acordo com o objeto de estudo, destacam-se os incisos V e VI, nos quais o primeiro descreve a Cultura de Segurança configurada a partir de cinco características a serem operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: a) 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; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança. O inciso VI define a gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

CAPÍTULO 3 – MATERIAIS E MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo seccional, que segundo Medronho et al (2009), é uma estratégia de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade.

Nesse tipo de estudo não é obrigatório escolher apenas uma parte dos indivíduos para formar uma amostra, pois estudos seccionais estão ligados à necessidade de conhecer de que maneira uma ou mais características, tanto individuais como coletivas, distribuem-se em uma determinada população (MEDRONHO et al, 2009).

Este estudo é constituído de dois artigos ambos com desenho seccional. O primeiro artigo “Perfil de notificações de eventos de segurança do paciente em um grande hospital público de urgência e emergência no município do Rio de Janeiro-Brasil”, constituiu-se de uma análise das notificações de incidentes de segurança do paciente, abordando todos os registros enviados ao NSP de um grande hospital de emergência no Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2018.

No segundo artigo “Dimensões da cultura de segurança em um grande hospital público de urgência e emergência no município do Rio de Janeiro: uma análise descritiva”, realizou-se uma descrição analítica das dimensões de cultura de segurança baseado na aplicação do HSOPSC em profissionais de uma instituição de grande porte no período de 2019 a 2020 seguindo as diretrizes do manual do usuário disponibilizado pela AHRQ.

UNIVERSO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um hospital municipal de grande porte, responsável pelos atendimentos de urgência e emergência na região central do Rio de Janeiro. Esta localização junto a confluência de sistemas de transporte oportuniza acesso àqueles oriundos de outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro e a outros municípios da região metropolitana e do Estado. Atende alta e média complexidade, opera como centro de apoio aos atendimentos da ponte Rio-Niterói e ao

aeroporto Santos Dumont, e é designado como referência para atendimentos a múltiplas vítimas em grandes eventos e situações de catástrofe.

Recentemente foi criado um complexo hospitalar, contemplando em uma mesma área, unidades assistenciais com diferentes características de atendimento- Centro de referência em emergência (CER), Hospital Maternidade e o Hospital de Urgência e Emergência, cada um sob uma gestão local própria e todas as unidades sob coordenação geral única.

A unidade dispõe de 400 leitos, distribuídos em 28 leitos de terapia intensiva, internações clínicas e cirúrgicas, serviços especializados e de apoio diagnóstico. As clínicas cirúrgicas são divididas nas especialidades de traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia vascular, bucomaxilo, oftalmologia, otorrinolaringologia, exames diagnósticos como endoscopia digestiva alta, colonoscopia, tomografia, ecocardiograma trans torácico, de estresse e trans esofágico, pediatria, urologia com urodinâmica, cardiologia sem hemodinâmica, cirurgia geral e torácica, Centro de tratamento de queimados adulto e pediátrico, policlínica. De acordo com o plano de atendimento às catástrofes do Estado do Rio de Janeiro o complexo hospitalar citado é referência ao atendimento a múltiplas vítimas e catástrofes. Por toda essa diversidade e complexidade o hospital tem um perfil de alto risco para a segurança do paciente.

Como pesquisador entendo que todos os fatores descritos, conjugados ao tempo de existência do hospital e os poucos recursos humanos atuais, tornam a busca pela melhoria da qualidade assistencial e o aprimoramento da CS um desafio a ser vencido.

Em 2008, o hospital estudado implementou um sistema de registro eletrônico Prontuário Carioca. Esse sistema ainda em fase de implantação, com necessidade de adaptação dos profissionais, permite o acesso digital a algumas informações de saúde registradas. Contudo, não existe formulário digital para notificar eventos de segurança do paciente, o que torna a utilização de impressos para registros e notificações ao NSP ainda amplamente utilizados como fonte de dados na coleta, avaliação e análise das ocorrências de segurança do paciente.

POPULAÇÃO, AMOSTRA, PERÍODO DO ESTUDO E COLETA DE DADOS

Quanto ao vínculo, temos maioria de estatutários, com contrato de prestação de serviços para médicos de algumas especialidades. A unidade presta-se ainda como unidade de formação do programa de residência médica para várias clínicas e como campo de estágio curricular de instituições de ensino credenciadas à secretaria de saúde, no nível técnico e de graduação.

Neste período, foram encaminhadas ao NSP, 248 notificações consideradas como riscos clínicos à segurança do paciente de acordo com as definições constantes do sistema de notificações da ANVISA e nesse estudo não foram computados os riscos não clínicos pelo fato de não serem abordados pela referida agência.

Artigo 1

O NSP, implantado em 2015 nessa unidade, conta com apenas dois profissionais exclusivos, uma médica e um enfermeiro e, 06 profissionais que complementam sua carga horária a serviço do setor. As atividades são desenvolvidas por demandas orientadas pelas notificações recebidas e analisadas de maneira que sejam contempladas a gestão de risco e segurança do paciente, preparando ações educativas, proativas e reativas quando necessárias.

O período de análise eleito representa a totalidade dos quatro primeiros anos após a implantação do NSP na referida unidade hospitalar. As informações foram obtidas do banco de dados do núcleo de segurança do paciente, que registra e rastreia as notificações realizadas por todos os 30 setores do hospital. A notificação de eventos é espontânea, podendo ser anônima ou ter identificação do profissional notificador, pode ser feita por qualquer integrante da equipe de saúde, em um impresso próprio composto por duas partes: uma com as orientações e principais esclarecimentos sobre eventos de segurança e, outra para a descrição do ocorrido. Esses impressos são distribuídos nos setores, e estão disponíveis a todos os profissionais também na sala supervisão de enfermagem e na sala do NSP.

Após serem preenchidas, as fichas de notificação são encaminhadas ao NSP, sendo primariamente analisadas pelos componentes do núcleo, que lançam as informações em seu próprio banco de dados e, quando pertinentes, são inseridas no

sistema nacional de notificações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (NOTIVISA). A partir desses registros, as notificações são analisadas e encaminhadas aos tratamentos específicos para cada situação notificada. As formas de tratamento não são objeto desse estudo. No período estudado, de 2015 a 2018 foram encaminhadas ao NSP 248 notificações: 80 em 2015, 73 em 2016, 44 em 2017 e, 51 eventos em 2018

As notificações foram realizadas com o preenchimento da ficha de notificações de eventos de segurança (anexo 3), que foi elaborada pelo NSP do hospital, tendo por base as legislações nacionais e as características de atendimento do hospital. Para a conclusão da elaboração, a ficha foi submetida aos profissionais para críticas e sugestões e posteriormente aprovada para uso. As orientações de preenchimento e local de entrega da notificação escrita foram realizadas em reuniões com todas as equipes em seus turnos de trabalho, em todos os momentos foi informado que aquelas notificações por escrito seriam fundamentais para a segurança do paciente e que não seriam utilizadas como meios de apontamento de falhas do profissional notificante.

Parte do texto descreve a composição do NSP e apresenta o fluxo de registro das notificações e o as etapas de desenvolvimento do instrumento de coleta dos registros pela NSP. Sugestão: A apresentação do NSP e a descrição do fluxo e do desenvolvimento do instrumento pode ser deslocado para um subitem no tópico anterior, mantendo aqui a descrição da população do estudo (as notificações). Seria interessante descrever um pouco as definições utilizadas para caracterizar os eventos.

Artigo 2

Entender as notificações foi um estudo importante para a definição dos problemas mais incidentes e dos problemas mais graves, e com isso houve o entendimento da necessidade de avaliar a cultura de segurança de uma forma estruturada e de abordagem ampla e focada nas dimensões de segurança que estão sendo abordadas mundialmente.

A população do estudo para avaliação da CS, constituiu-se de profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, administrativos, farmacêuticos e gestores, efetivos, que atuassem no hospital há pelo menos 3 meses, em atividades de contato direto, ou que interagiam diretamente com os pacientes internados; e profissionais que não tinham contato direto com o paciente, mas cujas funções desempenhadas no trabalho afetavam

diretamente o cuidado ao paciente internado (líderes, gerentes, supervisores e administradores), que aceitaram convite de participação expresse no termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (anexo 2).

Inicialmente a divulgação foi realizada de forma ampla entre os coordenadores e os chefes de serviço com anuência da Direção Geral do hospital. Do total de 1574 servidores, 70 se enquadravam nos critérios de exclusão, restando 1504 elegíveis. A amostra estimada foi de 700 profissionais, considerando os critérios sugeridos pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* no manual do questionário de avaliação de Cultura de Segurança, no item de determinação do tamanho da amostra.

A AHRQ aponta que a amostra deve ser definida conforme o número de profissionais de cada hospital, ressaltando que, se nem todos os profissionais responderem, a expectativa de respostas completas deve ficar na faixa de 30% a 50 % da amostra, ou seja, entre 210 e 350 participantes.

Número de Funcionários	Amostra Mínima	Número de respostas estimado
500 (ou menos)	500 – todos os profissionais	250 (ou menos)
501 – 699	500	250
700 – 1299	600	300
1300 – 3999	700	350
4000 ou mais	750	375

Figura 1: Tradução livre do quadro 3 do manual do questionário HSOPSC da AHRQ, 2019

Foram excluídos os profissionais contratados, em situação de formação acadêmica, afastados por licenças médicas e outras situações de saúde e, férias durante o período da coleta de dados.

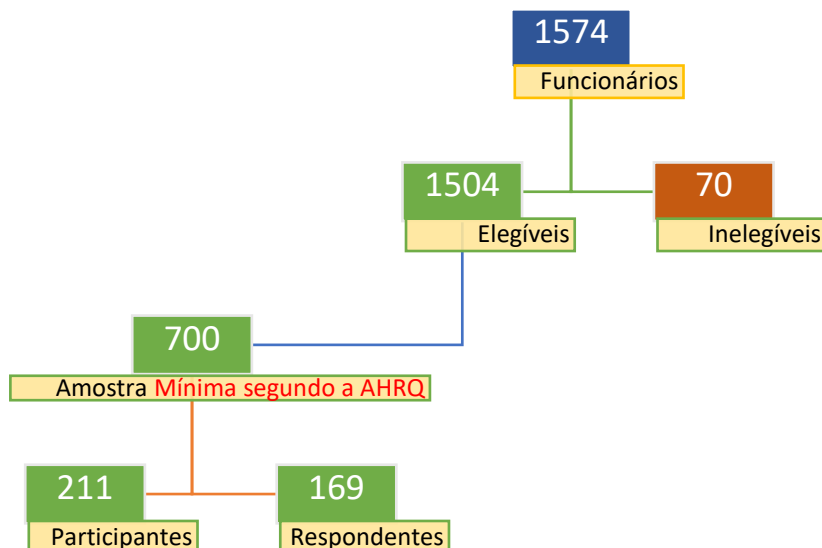


Figura 2: Perfil da amostra

Posteriormente foi utilizada uma amostra de voluntários rastreados por meio eletrônico, divulgado por um grupo de colaboradores composto pelo pesquisador principal, uma enfermeira do centro cirúrgico e uma enfermeira da unidade de terapia intensiva. Além desse grupo, auxiliaram na divulgação uma médica do NSP, um funcionário administrativo e a alta gestão da unidade hospitalar. Todos receberam as informações acerca do estudo e tinham o propósito de atuarem na ampla divulgação da carta convite (anexo 1) para todos os profissionais que atuam no hospital, e fazendo incursões pelos setores para ampliar a divulgação indivíduo a indivíduo, orientar e sanar dúvidas que porventura aparecessem. Considerando a possibilidade de um baixo percentual de resposta nesse tipo de estudo, utilizou-se uma amostra não aleatória, constituída por todos profissionais elegíveis presentes durante o período de coleta de dados. Os profissionais foram abordados em seus setores e durante rápida conversa foram informados sobre o estudo e orientados a acessar o link com o TCLE, carta convite e o questionário em seus e-mails pessoais. A coleta ocorreu durante os meses de setembro de 2019 a março de 2020.

Os indivíduos foram selecionados por conveniência, considerando aqueles acessíveis e voluntários a responder o questionário, entende-se que os resultados apresentam relevância pois os resultados podem refletir uma boa imagem do universo de profissionais estudado, contudo não se pode utilizar ferramentas estatísticas como a margem de erro e o nível de confiança para medir a precisão dos resultados.

O HSPOSC após a tradução transcultural para o Brasil, foi disponibilizado gratuitamente pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em uma plataforma digital do Laboratório de Inovação Digital (LAIS), e recomendado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como estratégia para avaliar a cultura de segurança do paciente. Esse meio digital foi escolhido por ser gratuito, manter todas as características do questionário original, ser acessível nas plataformas Android e IOS e, por ter sido testado nos principais navegadores sem que apresentasse falhas.

Trata-se de um questionário autoaplicável e não precisar de entrevistador, que contém 8 seções e 62 perguntas sobre 12 dimensões da cultura de SP (anexo2). O instrumento permite calcular indicadores sobre a cultura de segurança, em relação às dimensões avaliadas e aos itens específicos. Adicionalmente, o questionário contém perguntas sobre dados socioprofissionais dos respondentes e, diferente do questionário original da AHRQ, contém uma sessão a mais com perguntas-indicadores válidos, confiáveis e úteis sobre boas práticas de segurança do paciente validadas no ISEP-Brasil. (GAMA, 2016)

Utiliza a escala Likert para as opções de resposta por ser a mais aplicada em questionários e pesquisas de opinião, onde os entrevistados, além de responderem às perguntas, também informam qual o seu grau de concordância ou discordância e respondendo também, a uma questão aberta para comentários dos profissionais. (TROJAN E SIPRAKI, 2015)

“As principais vantagens das escalas Likert, são a simplicidade de construção; o uso de afirmações que não estão explicitamente ligadas à atitude estudada, permitindo a inclusão de qualquer item que se verifique, empiricamente, ser coerente com o resultado final; e ainda, a amplitude de respostas permitidas apresenta informação mais precisa da opinião do respondente em relação a cada afirmação. Como desvantagem, por ser uma escala essencialmente ordinal, não permite dizer quanto um respondente é mais favorável a outro, nem mede o quanto de mudança ocorre na atitude após expor os respondentes a determinados eventos (BRANDALISE,2005).”

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi autorizado pela direção do hospital e obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde mediante o seguinte protocolo CAAE 13557419.7.0000.5285 com parecer nº 3.585.183

ANÁLISE

Artigo 1

A notificação de evento de segurança do paciente é um valioso instrumento para a medição dos riscos que podem culminar em eventos adversos, dessa forma faz-se necessário abordar a gestão de riscos, que pode ser entendida como o processo de identificação, avaliação, análise e gestão de todos os riscos e incidentes, em todos os níveis da organização, bem como a reunião dos resultados deve alcançar a alta gestão de maneira que facilite a definição das prioridades e a melhoria da tomada de decisão, a fim de se alcançar o equilíbrio ideal do risco, benefício e custo (WHO, 2009)

Hinrichsen (2012) aponta que uma instituição de saúde deve adotar uma política de prevenção de riscos como pré requisito para a qualidade e para a gestão de riscos, focando em criar uma base sólida e segura para a tomada de decisão e o planejamento da segurança do paciente. Nessa perspectiva, a avaliação do perfil das notificações de eventos de segurança aponta para a minimização dos danos e prevenção de novos incidentes.

Observamos o maior número de notificações de circunstâncias que não chegaram a se efetivar em danos ou incidentes, sendo apenas notificadas para que a falha fosse corrigida antecedendo ao evento adverso. Mas a percepção dos danos que chegaram ao paciente, existiu uma quantidade de eventos notificados que denotam o reconhecimento da falta de segurança durante o processo assistencial, bem como dos danos causados aos pacientes.

Artigo 2

Para realizar a comparação dos resultados das diferentes dimensões de cultura, utilizou-se da metodologia proposta pela AHRQ, que recomenda análise comparativa a partir do percentual de respostas positivas, do desvio-padrão e do rule of thumb (regra do polegar). A composição do percentual de respostas positivas da dimensão foi calculada usando o número de respostas positivas aos itens da dimensão, dividido pelo número total de respostas válidas (positivas, neutras e negativas) aos itens da dimensão. O percentual de resposta positiva representa uma reação assertiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite avaliar as áreas fortes (scores superiores a 75%) e

frágeis (escores inferiores a 50%) da cultura de segurança (REIS et al, 2012). Os dados foram descritos e analisados por dimensão, uma vez que a cultura é considerada uma característica de um grupo ou hospital, e não individual.

Com essas descrições anteriores buscou-se entender a CS existente no hospital buscando implementar a ideia da cultura justa, e para tal ação foi necessário avaliar o corpo clínico de toda a unidade de saúde, pois os erros latentes existem em sistemas complexos e precisam ser abordados preventivamente antes que oportunizem eventos adversos (BOYSE, 2013). Dessa maneira o quadro 1 apresenta as correlações entre as dimensões de cultura, racionalidade e as respostas positivas às questões.

Quadro 1 - Dimensões de Cultura de Segurança, Racionalidade e Respostas positivas no HSOPSC (%).

Dimensões de Cultura de Segurança	Racionalidade	Respostas positivas no HSOPSC (%)
1 - Frequência de eventos notificados	Relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente.	23,4%
2 - Percepção de segurança	Avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais.	20,8%
3 - Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	Avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente.	57,1%
4 - Aprendizagem organizacional / melhoria continuada	Avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a avalia a efetividade das mudanças ocorridas	55,6%
5 - Trabalho em equipe na unidade/serviço	Define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe.	50,5%
6 - Abertura para comunicações	Avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade.	43,9%
7 - Feed-back e comunicação sobre erros	Avalia a percepção dos funcionários no hospital se eles relatam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro.	22,7%

8 - Resposta não punitivas para erros	Avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais.	18,3%
9 - Dimensionamento de pessoal	Avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.	28,2%
10 - Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	Avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária.	19,3%
11 - Trabalho em equipe entre unidades	Avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.	26,4%
12 - Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	Avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno.	26,7%

eis de resultado

 Dimensões relacionadas à unidade de trabalho dentro do hospital

sões relacionadas ao hospital

Apenas três dimensões tiveram percentual acima de 50, quais sejam, as expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança; a aprendizagem organizacional / melhoria continuada e o trabalho em equipe na unidade/serviço, que apesar de representar fragilidade, possui tendência de crescimento no sentido do fortalecimento daqueles pontos.

As demais dimensões ainda se apresentam com percentual de positividade baixo, confirmando uma grande fragilidade na cultura de segurança e norteando as necessidades de melhorias, mais ou menos intensas conforme a relação com o perfil das notificações de segurança realizadas na unidade hospitalar em estudo.

CAPÍTULO 4 – 1º ARTIGO

Perfil de notificações de eventos de segurança do paciente em um grande hospital público de urgência e emergência no município do Rio de Janeiro- Brasil

Em avaliação pela Revista Saúde Coletiva (Barueri)

Resumo:

O presente estudo tem como objeto de estudo as notificações de eventos adversos recebidas pelo núcleo de segurança do paciente de um hospital de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro, para desenvolver esse objeto de estudo traçamos como objetivo avaliar os incidentes notificados, espontaneamente, em um hospital municipal do Rio de Janeiro-RJ. A metodologia utilizada foi estudo seccional das notificações de incidentes de segurança do paciente, com análise de todos os registros enviados ao NSP de um grande hospital de emergência no Rio de Janeiro – Brasil, no período de 2015 a 2018. Os dados foram analisados e organizados em quadros, estratificadas por ano, tipo de evento, descrição do evento e setores da unidade onde ocorreram. Neste período, foram encaminhadas ao NSP, 248 notificações consideradas como riscos clínicos à segurança do paciente. Concluímos que, apesar de ser um estudo inicial que faz uma análise ampliada das notificações, ele aponta para a necessidade de aprofundamento das análises com base em indicadores de qualidade e segurança para que os eventos adversos sejam compreendidos e medidas corretivas e preventivas possam ser planejadas e implantadas na unidade hospitalar. As discussões apontam para a busca pelo fortalecimento dos núcleos de segurança do paciente e necessidade de melhorar a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

Descritores: Segurança do Paciente, Assistência à Saúde, Gerenciamento de riscos, Estatística e dados numéricos, Organização e Administração.

Introdução

Há tempos, as questões de segurança têm tido atenção de planejadores e executores envolvidos com a qualidade dos cuidados em saúde. A partir dos anos 2000, essa temática foi impulsionada no relatório *Errar é Humano* (IOM, 1999), com a comprovação dos altos custos provocados por incidentes em saúde às pessoas e instituições. Dois anos após, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) lança a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em busca de um esforço mundial para favorecer as normas e práticas de segurança do paciente, focadas em um conjunto de

iniciativas e desafios, a fim de minimizar ou solucionar os incidentes geradores de danos decorrentes dos cuidados em saúde.

Como um dos 193 Estados-membros da OMS, o Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio de Portaria Ministerial nº 529/2013, com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁽¹⁾. Por meio de Resolução Colegiada (RDC-36), como uma das estratégias deste Programa, há a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde, cabendo-lhes a implantação de programas de segurança institucionais que visam difundir as diretrizes de segurança, capacitar as equipes, promover integração multiprofissional, identificar e monitorar riscos clínicos e não clínicos, implementar protocolos e monitorar indicadores, e analisar e avaliar incidentes ocorridos, sinalizando àqueles com danos aos pacientes (eventos adversos) ao sistema nacional de notificação (NOTIVISA)².

A OMS conceitua Segurança do Paciente como a redução, a níveis aceitáveis, do risco de um dano desnecessário acontecer associado ao cuidado em saúde⁽³⁾. Portanto, todos os atores sociais devem ter a (pre)ocupação em reduzir a possibilidade de ocorrência de um evento, evitando o dano no paciente, compreendido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim ser físico, social ou psicológico^(4, 2).

De acordo com estudos no Brasil e em Portugal, estima-se que 7,6% e 11% dos pacientes atendidos sofram um evento adverso, sendo que 42 a 66% poderiam ter sido evitados. Os danos causados aos pacientes durante a assistência geram maior permanência, necessidades de mais intervenções e aumento de custos hospitalares, além disso há o custo social para o paciente, pelo afastamento do trabalho e da família^(5,6).

Capacitar equipes de saúde para que reconheçam, registrem e reportem situações de risco e de incidentes é uma das atribuições dos NSP. Por vezes, profissionais desses núcleos fazem busca ativa de incidentes, percorrendo os setores, se reunindo e discutindo com as equipes de saúde sobre a assistência em saúde, pois eles são as melhores fontes de conhecimento para se entender e prevenir os riscos e para a notificação de incidentes. Analisar essas notificações é uma estratégia positiva para melhoria da segurança do paciente, dado o grau de aprendizagem coletiva com a identificação dos fatores contribuintes às falhas e fragilidades da assistência prestada e com as reflexões para a definição de mudanças em prol de prevenção de incidentes no sistema e fortalecimento da cultura de segurança na instituição⁽⁷⁾.

Incidentes são categorizados, segundo seu tipo e consequências para o paciente, em circunstância notificável, quase incidente (near miss), incidente sem danos, e incidente com danos. Essa última categorização é nomeada de evento adverso (EA), devendo ser notificado à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio do sistema informatizado de notificação (NOTIVISA).

Barreiras locais levam à subnotificação dos incidentes. Os motivos mais prevalentes estão relacionados à baixa evidência de esforços empreendidos para melhoria, ao pouco *feedback* sobre as estratégias definidas para solução dos problemas, ao medo dos

profissionais em sofrer punições, ao precário conhecimento sobre o que e como notificar os incidentes, à alta sobrecarga de trabalho, ao baixo comprometimento das lideranças e frágil coesão dos profissionais envolvidos na assistência^(7,8).

Altas taxas dessas subnotificações caracterizam limitações na gestão do sistema hospitalar. A identificação de riscos à saúde da clientela, o monitoramento de indicadores de qualidade, a implantação de medidas preventivas à exposição de riscos e a capacitação dos profissionais de saúde para melhoria dos processos, requerem o mapeamento dos incidentes notificados no NSP, quando se almeja a incorporação da segurança do paciente como uma cultura institucional^(9, 10).

Objetiva-se, neste estudo, avaliar os incidentes relacionados à SP notificados, espontaneamente, em um hospital municipal do Rio de Janeiro-RJ.

Materiais e Métodos

Estudo seccional das notificações de incidentes de segurança do paciente, com análise de todos os registros enviados ao NSP de um grande hospital de emergência no Rio de Janeiro –Brasil, no período de 2015 a 2018.

Foi eleito como cenário deste estudo, uma unidade hospitalar pública localizado na região central da cidade, o que caracteriza o fácil acesso, de atendimento de urgências e emergências de baixa, média e alta complexidade à população de toda faixa etária, do município e das regiões metropolitanas do Rio de Janeiro. Conta atualmente com aproximadamente 400 leitos entre clínicos e cirúrgicos, sendo 28 leitos de terapia intensiva, realizando em torno de 600 cirurgias por mês, e atendendo em média 700 pacientes/dia.

A equipe do hospital conta com 1598 funcionários, sendo a equipe de enfermagem composta por 838 profissionais, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. Quanto ao vínculo, temos maioria de estatutários, com contrato de prestação de serviços para médicos de algumas especialidades. A unidade presta-se ainda como unidade de formação do programa de residência médica para várias clínicas e como campo de estágio curricular de instituições de ensino credenciadas à secretaria de saúde, no nível técnico e de graduação.

O NSP, implantado em 2015 nessa unidade, conta com apenas dois profissionais exclusivos, uma médica e um enfermeiro e, 06 profissionais que complementam sua carga horária a serviço do setor.

O período de análise eleito representa a totalidade dos quatro primeiros anos após a implantação do NSP na referida unidade hospitalar. As informações foram obtidas do banco de dados do núcleo de segurança do paciente, que registra e rastreia as notificações realizadas por todos os 30 setores do hospital. A notificação de eventos é espontânea, podendo ser anônima ou ter identificação do profissional notificador, pode ser feita por qualquer integrante da equipe de saúde, em um impresso próprio composto por duas partes: uma com as orientações e principais esclarecimentos sobre eventos de segurança e, outra para a descrição do ocorrido. Esses impressos são distribuídos nos

setores, e estão disponíveis a todos os profissionais também na supervisão de enfermagem e na sala do NSP.

Após serem preenchidas, as fichas de notificação são encaminhadas ao NSP, sendo primariamente analisadas pelos componentes do núcleo, que lançam as informações em seu próprio banco de dados e, quando pertinentes, são inseridas no sistema nacional de notificações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (NOTIVISA). A partir desses registros, as notificações são analisadas e encaminhadas aos tratamentos específicos para cada situação notificada. As formas de tratamento não são objeto desse estudo.

As classificações quanto aos tipos de evento seguiram o que Mendes (2009) descreveu

Circunstância Notificável: Incidente com potencial dano ou lesão (um desfibrilador numa sala de emergência que não está funcionando);

Near Miss: Incidente não atinge o paciente (uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado e este incidente foi detectado antes de ser infundido);

Incidente sem danos: Incidente atinge o paciente, mas não causa dano (uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado e nada acontece com o paciente);

Incidente com dano (Eventos adversos): Incidente atinge o paciente e resulta em lesão ou dano (uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado, foi infundida e o paciente morreu com uma reação hemolítica)

Este estudo está atrelado ao projeto de pesquisa de mestrado, inscrito no PPGENF-UNIRIO, sobre avaliação de cultura de segurança do paciente, possuindo aprovação do CEP desta universidade sob número: 13557419.7.0000.5285.

Resultados e Discussão

As notificações foram organizadas em quadros, estratificadas por ano, tipo de evento, descrição do evento e setores da unidade onde ocorreram. Neste período, foram encaminhadas ao NSP, 248 notificações consideradas como riscos clínicos à segurança do paciente, sendo que em 2015 foram 80, em 2016 foram 73, em 2017 tivemos 44 e em 2018, um total de 51 incidentes notificados.

A notificação constitui a comunicação de uma informação relevante para a segurança do paciente, é voluntária e garante a total confidencialidade dos dados relatados e seu arquivamento. Afirmamos ainda que a notificação foi uma medida que atraiu a atenção dos profissionais pelo fato de lhes ter dado voz e entenderem que fazem parte do processo de cuidar em segurança. Essa não foi a única ferramenta de segurança aplicada, mas foi sem dúvida uma maneira direta que pôde contribuir para a melhoria da cultura de qualidade e segurança.

Com a implantação do NSP, foi feita uma intensa campanha de mobilização da unidade para a questão de segurança, com capacitações, apresentação do tema e seus desdobramentos, orientações quanto aos protocolos, principalmente de identificação e prevenção de queda. Durante os primeiros dois anos, o projeto terça segura garantiu que o tema da segurança fosse discutido, levantado, aprendido e ensinado pela equipe,

quando a cada semana, durante a tarde acontecia a discussão de um tema ligado à segurança.

Observou-se que a categoria que mais notificou incidentes foi a enfermagem, com algumas poucas notificações feitas por outros profissionais. Fato este corroborado por estudos no Brasil e no exterior, onde a notificação de eventos está centrada na figura do enfermeiro e sua equipe, deixando aos serviços de saúde, o desafio de sensibilizar os outros profissionais para sua participação no processo de notificação, reduzindo a subnotificação, e favorecendo o envolvimento de diferentes níveis hierárquicos neste movimento em prol da segurança⁷.

Analisando Quadro 1 observa-se que o grande montante de notificações aconteceu em 2015, ano de implantação do NSP. Talvez pela novidade, as notificações de qualquer evento ou situação que representasse risco eram apresentadas. Nos outros anos tivemos menos notificações proporcionalmente, entretanto notamos um direcionamento mais apurado para os riscos clínicos, que podem representar a abordagem ampliada das estratégias educativas implantadas para a segurança do paciente.

Conforme podemos observar no quadro 1, tivemos 18 casos referentes a farmacovigilância, que de acordo com a ANVISA refere-se a processo sistemático de detectar, avaliar, compreender e prevenir riscos de efeitos adversos dos medicamentos durante seu período de comercialização, relacionando-se a reações adversas ou queixa técnica/desvio de qualidade. A tecnovigilância compreende a detecção de eventos adversos relacionados a efeitos não intencionais ou indesejáveis com uso de equipamentos e materiais durante a prática clínica, e foram registrados 37 casos. Os casos de hemovigilância consistem em alertar, avaliar e acompanhar incidentes transfusionais imediatos ou tardios, tendo sido apurados 13 casos. Em 180 notificações observamos casos de situações de risco onde ocorreram a detecção de circunstâncias com probabilidades de se tornarem incidentes relacionados a comportamentos e/ou procedimentos.

No estudo, as notificações de farmacovigilância referem em sua maioria a queixas técnicas e desvios de qualidade, a tecnovigilância aos eventos relacionados às falhas agudas de equipamentos e suas manutenções; situações essas de menor impacto direto e de dano aos pacientes. Em contrapartida, os incidentes de hemovigilância, mesmo em menor número, apontam para maiores riscos de falhas e danos aos pacientes. As situações de risco, abarcam todas as outras possibilidades de riscos, estando atrelada à comportamentos, o que justifica uma intensiva e constante preocupação com a educação permanente e a formação técnica dos profissionais, e às questões relacionais e subjetivas do processo de trabalho em saúde.

Além disso, os casos de fármaco, hemo e tecnovigilância já possuem uma orientação de abordagem “sentinela”, estruturada através do sistema nacional de notificação e vigilância. Destoam destes, os casos relacionados às situações de riscos que, possuem uma abordagem tímida quanto ao seu rastreamento, acompanhamento e prevenção; questões essas que devem ser aprimoradas com o uso contínuo e massivo do sistema NOTIVISA.

Quadro 1- Distribuição de eventos por tipo e ano

ANO CARACTERÍSTICA	2015		2016		2017		2018		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FÁRMACO	11	13,75	03	4,10	02	4,54	02	3,92	18	7,26
TECNO	13	16,25	08	10,95	13	29,54	03	5,88	37	14,92
HEMO	03	3,75	02	2,73	06	13,63	02	3,92	13	5,24
S. DE RISCO	53	66,25	60	82,19	23	52,27	44	86,27	180	72,58
TOTAL	80	32,25	73	29,43	44	17,74	51	20,56	248	100,0

Legenda: FARMACOVIGILÂNCIA (FV), TECNOVIGILÂNCIA (TV), HEMOVIGILÂNCIA (HV) E SITUAÇÃO DE RISCO (SR)

Quadro 2- Distribuição dos eventos pela sua característica e ano

ANO TIPO EVENTO	2015		2016		2017		2018		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EA	20	25,00	28	38,35	20	45,45	25	49,00	93	37,50
IN	13	16,25	03	4,11	07	15,91	08	15,68	31	12,50
NM	08	10,00	03	4,11	04	9,00	06	11,70	21	8,50
CN	39	48,75	39	53,43	13	29,54	12	23,52	103	41,50
TOTAL	80	32,30	73	29,40	44	17,70	51	20,60	248	100

Legenda: EA-Evento Adverso; IN-Incidente sem dano; NM- Near Miss; CN- Circunstância Notificável.

No quadro 2, observamos a classificação dos eventos por sua característica em provocar dano, sendo a Circunstância Notificável (CN) aquela situação com potencial para dano ou lesão; o Near Miss (NM), o incidente que não chegou a atingir o paciente; o incidente sem danos (IN), aquele que atingiu o paciente sem provocar dano; e o Evento Adverso (EA) aquele incidente que resulta em dano ao paciente, sendo este reversível, irreversível ou óbito.

Nota-se que apesar do número de notificações gerais ter reduzido na série histórica com decréscimo em 2016 e queda significativa em 2017, o número de EA notificados apresentou aumento proporcional, demonstrando que pode ter havido uma seleção mais apurada “do que” seria importante notificar, ou ainda apontar para um efetivo aumento dos eventos com danos aos pacientes.

Observa-se também que se considerarmos os números de atendimentos/ internações da instituição, ousa-se dizer que talvez alguns eventos, principalmente os de baixo potencial de dano, não tenham sido notificados nos últimos anos. Esse fato nos remete ao pensamento de um melhor entendimento da equipe quanto aos conceitos dos eventos e, por outro lado, em um descrédito nos resultados esperados para esses registros, quando não há adesão da alta gestão às questões de segurança do paciente.

Percebe-se ainda que o maior volume de notificações é de circunstâncias notificáveis, principalmente nos primeiros 2 anos, ou seja, situações com potencial de erro grande que quando noticiadas (percebidas) param a sequência de possíveis danos. Nos anos subsequentes ocorre uma queda do número de CN, e um ligeiro aumento dos outros tipos de eventos, evidenciando um acréscimo no potencial gerador de danos.

Entre suas possíveis utilizações, os dados notificados devem gerar informações para identificar padrões e tendências sobre a segurança do paciente, priorizando a aprendizagem contínua e a indução do enfrentamento dos problemas identificados, além

da adoção de medidas de gerenciamento dos riscos. Assim, será possível desenvolver soluções com o intuito de evitar que danos aos pacientes em serviços de Saúde venham a se repetir, criando um ciclo virtuoso para a melhoria da qualidade e segurança do paciente¹.

Conclusões/ considerações finais

Após analisar os eventos de segurança pode-se concluir que o perfil das notificações traçado aponta para o aumento dos eventos com dano e pode ser entendido como o principal fator para direcionar as estratégias de melhoria da Qualidade e da segurança dos pacientes quebrando a cadeia de eventos adversos e revela, para a alta gestão, os fatores contributivos que devem ser trabalhados para a melhoria global de assistência em saúde, no hospital em questão. Essa avaliação remete ainda à necessidade de aprofundar as análises de causa raiz de cada evento, para que as causas sejam realmente entendidas e facilitem o planejamento de ações na busca constante pelo aprimoramento da segurança do paciente.

Com base nas informações e análises contidas nesse estudo, apontamos algumas ações estratégicas, embasadas nas legislações nacionais e diretrizes definidas pela Organização Mundial de Saúde(OMS), tais como o investimento em educação para a Qualidade e Segurança, avaliação e substituição das tecnologias obsoletas para o cuidado seguro e melhoria e implementação dos protocolos de segurança para cirurgias seguras e segurança das prescrições, uso e administração de medicamentos.

Ressaltamos a grande importância dos trabalhos realizados pelo Núcleo de Segurança do Paciente na trajetória contínua de avaliação dos eventos de segurança, na busca pela mudança do status da qualidade e segurança do paciente no maior hospital de urgência e emergência da América Latina, e sugerimos a realização de um estudo que aponte o impacto econômico dos eventos adversos com dano, a fim de avaliar a interferência dos gastos desnecessários nos processos assistenciais, melhorando a saúde financeira do hospital, e ainda para fazer inferências ao sistema de saúde no aprimoramento das suas leis e regulamentações.

Referências Bibliográficas

- 1- Ministério da Saúde/ Fiocruz/ Anvisa- Programa Nacional de Segurança do Paciente. Documento de referência, 2014.
- 2- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
- 3- Mendes Júnior WV, et al. Qualidade dos serviços de saúde no SUS-Relatório Final. QualiSUS, 2013.
- 4- Oliveira OJ. Gestão da Qualidade:tópicos avançados. São Paulo: Cengage Learning; 2009.

- 5-Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014 [cited 2016 May 18];14:311. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/311>
- 6- Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2009 [cited 2016 May 18]; 21(4):279-84. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzp022>
- 7- Alves, MFT, Carvalho, DS, Albuquerque, GSC- Motivos para não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: Revisão integrativa. *Ciênc. Saúde coletiva*[Internet].2019[acesso em 15 nov 2019];24(8). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php/pid=S1413-81232019000802895&script=sci_arttext&tlng=pt.
- 8-Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. [acesso em 15 nov 2019];51:e03243. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>.
- 9 - Lorenzini Elisiane, Santi Juliana Annita Ribeiro, Bão Ana Cristina Pretto. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2014 June [cited 2019 June 27] ; 35(2): 121-127. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200121&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>.
- 10 - Figueiredo Mirela Lopes de, Silva Carla Silvana de Oliveira e, Brito Maria Fernanda Santos Figueiredo, D'Innocenzo Maria. Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 Feb [cited 2019 June 27] ; 71(1): 111-119. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100111&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>.

Dimensões da cultura de segurança em um grande hospital público de urgência e emergência no município do Rio de Janeiro: uma análise descritiva.

Em avaliação pela Revista OBJN - UFF (Rio de Janeiro)

Resumo

Esse estudo tem como objeto um olhar analítico sobre as dimensões da cultura de segurança em um hospital de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro, e como objetivos, analisar as dimensões de cultura de segurança entre os profissionais de saúde desse hospital público de urgência e emergência e classificar a cultura de segurança do paciente segundo as dimensões analisadas. A metodologia utilizada foi estudo seccional, onde foi realizada uma descrição analítica das dimensões de cultura de segurança baseada na aplicação do HSOPSC conforme as diretrizes do manual disponibilizado pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*. O cenário foi um hospital que dispõe de 400 leitos entre unidades intensivas, internações clínicas e cirúrgicas, serviços especializados e de apoio diagnóstico. A amostra estimada foi de 700 profissionais. A análise dos dados deu-se a partir do percentual de respostas positivas, do desvio-padrão. A composição do percentual de respostas positivas da dimensão foi calculada usando o número de respostas positivas aos itens da dimensão, dividido pelo número total de respostas válidas (positivas, neutras e negativas) aos itens da dimensão. Conclui-se que o percentual de resposta positiva representa uma reação assertiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite avaliar as áreas fortes ou de alta adesão à segurança do paciente (escores superiores a 75%) e frágeis, de baixa adesão à segurança (escores inferiores a 50%) da cultura de segurança. Portanto, a cultura de segurança deve ser considerada uma característica de um grupo ou hospital, e não individual.

Descritores: Segurança do Paciente, Assistência à Saúde, Cultura de Segurança, Organização e Administração.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a Segurança do Paciente (SP) se constitui em preocupação mundial, dado o elevado índice de incidentes desnecessários oriundos dos cuidados de saúde, tornando-se um problema de saúde pública. Os sistemas de saúde e toda a sua complexidade, constituem-se em dificuldades e problemas para implantação de melhorias de segurança, em virtude de diversos elementos como os fatores de formação profissional, condições tecnológicas, aspectos terapêuticos e organizacionais, sendo todos agravados pela frágil cultura de SP nos diferentes cenários das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

De todos os aspectos apresentados, o fator humano é o que mais interfere na evolução da cultura de segurança, e por conta dessa alta interferência, agências governamentais de diversos países recomendam que seja feita a avaliação da cultura de segurança em cada unidade, para que se possa definir o estado atual dos hábitos de SP e possam também serem feitas análises e propostas de melhorias para uma assistência mais consolidada e segura para profissionais e pacientes. Para Andrade et al (2015), essa avaliação permite mensurar as condições organizacionais geradoras de possíveis danos ao paciente, além de ser útil para traçar o diagnóstico do “nível de cultura de segurança, possíveis riscos de dano, benchmarking interno e externo, evolução das intervenções de SP acompanhar evolução da CSP com o tempo, bem como a notificação de incidentes.”

Este estudo tem como objeto olhar analítico sobre as dimensões da cultura de segurança em um hospital de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro, e como objetivos, analisar as dimensões de cultura de segurança entre os profissionais de saúde desse hospital público de urgência e emergência e classificar a cultura de segurança do paciente segundo as dimensões analisadas.

A Portaria Ministerial nº 529/2013, contribuiu para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, houve também a publicação pela diretoria Colegiada (RDC-36) determinando a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde, devendo atuar como articulador e coordenador das instâncias hospitalares na promoção, proteção e diminuição de incidentes associados à assistência em saúde. Cabendo difundir as

diretrizes de segurança capacitar as equipes, promover integração multiprofissional, identificar e monitorar riscos clínicos e não clínicos, implementar protocolos e monitorar indicadores, e analisar e avaliar incidentes ocorridos, sinalizando àqueles com danos aos pacientes ao Sistema Nacional de Notificação (NOTIVISA).

O NSP deve atuar como articulador. A criação das normativas e dos NSP institucionais, como ações isoladas não conseguem dar conta desta problemática e das dificuldades locais no que se refere à temática da segurança. Junto a isso é necessário um grande empenho da alta gestão na implementação efetivas de práticas e processos de trabalho/cuidar, nas ações educativas do seu capital humano e no fortalecimento de uma cultura local voltada para os aspectos da segurança do paciente.

Para as organizações de saúde, a cultura ou clima de segurança do paciente representa os valores, normas e procedimentos, além de crenças partilhadas por seus membros, unidades e equipes.

“A Health and Safety Commission do Reino Unido define cultura de segurança como “o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento dos indivíduos e dos grupos que determina o compromisso, e o estilo e a proficiência da gerência com a saúde e a segurança da organização” (Mendes Jr., 2013).

Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais é uma das áreas prioritárias e pode auxiliar os altos gestores na organização hospitalar, identificando pontos fortes e fracos que auxiliarão na definição de estratégias de melhoria entre as diversas dimensões de cultura.

Materiais e Método

1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo seccional, que segundo Medronho et al (2009), é uma estratégia de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, na qual as unidades de observação são selecionadas aleatoriamente, ou seja, ao acaso.

O estudo foi desenvolvido em um hospital municipal de grande porte, responsável pelos atendimentos de urgência e emergência na região central do Rio de Janeiro. Esta localização junto a confluência de sistemas de transporte oportuniza acesso

àqueles oriundos de outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro e também a outros municípios da região metropolitana e do Estado. Atende alta e média complexidade, opera como centro de apoio aos atendimentos da ponte Rio- Niterói e ao aeroporto Santos Dumont, e é designado como referência para atendimentos a múltiplas vítimas em grandes eventos e situações de catástrofe.

Recentemente foi criado um complexo hospitalar, contemplando em uma mesma área, unidades assistenciais com diferentes características de atendimento- Centro de referência em emergência (CER), Hospital Maternidade e o Hospital de Urgência e Emergência, cada um sob uma gestão local própria e todas as unidades sob coordenação geral única.

A unidade dispõe de 400 leitos, distribuídos em 28 leitos de terapia intensiva, internações clínicas e cirúrgicas, serviços especializados e de apoio diagnóstico. Onde as clínicas cirúrgicas são divididas nas especialidades de traumato-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia vascular, bucomaxilo, oftalmologia, otorrinolaringologia, exames diagnósticos como endoscopia digestiva alta, colonoscopia, tomografia, ecocardiograma trans torácico, de estresse e trans esofágico, pediatria, urologia com urodinâmica, cardiologia sem hemodinâmica, cirurgia geral e torácica, Centro de tratamento de queimados adulto e pediátrico, policlínica. De acordo com o plano de atendimento às catástrofes do Estado do Rio de Janeiro o complexo hospitalar citado é referência ao atendimento a múltiplas vítimas e catástrofes. Por toda essa diversidade e complexidade o hospital tem um perfil de alto risco para a segurança do paciente.

2. População do estudo

Profissionais de nível médio e superior, efetivos, que atuassem no hospital há pelo menos 3 meses e aceitaram convite de participação expresso no termo de consentimento livre e esclarecido em atividades de contato direto, ou interagem diretamente com os pacientes internados; e profissionais que não tinham contato direto com o paciente, mas cujas funções desempenhadas no trabalho afetavam diretamente o cuidado ao paciente internado (líderes, gerentes, supervisores e administradores), que aceitaram convite de participação expresso no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foram excluídos os profissionais contratados, em situação de formação acadêmica, afastados por licenças médicas e outras situações de saúde e, férias durante

o período da coleta de dados. A divulgação foi realizada de forma ampla entre os coordenadores e os chefes de serviço com anuência da Direção Geral do hospital.

Trata-se de uma amostra de voluntários rastreados por meio eletrônico divulgado por um grupo de colaboradores composto pelo pesquisador principal, uma enfermeira do centro cirúrgico e uma enfermeira da unidade de terapia intensiva, que tinham o propósito de atuarem na ampla divulgação da carta convite para todos os profissionais que atuam no hospital. Considerando a possibilidade de um baixo percentual de resposta nesse tipo de estudo, utilizou-se uma amostra não aleatória, constituída por todos profissionais elegíveis presentes durante o período de coleta de dados.

3. Instrumento de coleta de dados

O questionário traduzido foi disponibilizado gratuitamente pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em uma plataforma digital do Laboratório de Inovação Digital (LAIS) da universidade, e recomendado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como estratégia para avaliar a cultura de segurança do paciente. Esse meio digital foi escolhido por ser gratuita, por manter todas as características do questionário original, acessível nas plataformas android e IOS e por ter sido testada nos principais navegadores sem que apresentasse falhas.

Trata-se de um questionário autoaplicável por não precisar de entrevistador, que contém 8 seções e 62 perguntas sobre 12 dimensões da cultura de SP (anexo1). O instrumento permite calcular indicadores sobre a cultura de segurança, em relação às dimensões avaliadas e aos itens específicos. Adicionalmente, o questionário contém perguntas sobre dados socioprofissionais dos respondentes e, diferente do questionário original da AHRQ, contém uma sessão a mais com perguntas-indicadores validos, confiáveis e úteis (GAMA, 2016) sobre boas práticas de segurança do paciente validadas no ISEP-Brasil.

A escala Likert surgiu de um relatório publicado em 1932, cujo autor – educador e psicólogo americano – Rensis Likert, pode ser ordinal ou intervalar, explica o método que aborda um tipo de escala de resposta psicométrica. É a mais utilizada em questionários e pesquisas de opinião, onde os entrevistados, além de responderem às perguntas, também informam qual o seu grau de concordância ou discordância (TROJAN e SIPRAKI, 2015).

“As principais vantagens das escalas Likert, são a simplicidade de construção; o uso de afirmações que não estão explicitamente ligadas à atitude estudada, permitindo a inclusão de qualquer item que se verifique, empiricamente, ser coerente com o resultado final; e ainda, a amplitude de respostas permitidas apresenta informação mais precisa da opinião do respondente em relação a cada afirmação. Como desvantagem, por ser uma escala essencialmente ordinal, não permite dizer quanto um respondente é mais favorável a outro, nem mede o quanto de mudança ocorre na atitude após expor os respondentes a determinados eventos (BRANDALISE,2005).”

O questionário de avaliação de cultura de segurança *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), recomendado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), segundo Sorra e Nieva, (2004) proporciona a identificação de áreas nas quais a cultura necessita melhorias; avaliação da efetividade de ações de melhoria da segurança implementadas ao longo do tempo; melhoraria das funções e processos assistenciais além de analisar as estratégias e para criar e ter ideias novas em cima do que já é realizado interna e externamente, auxiliando a organização a identificar como sua cultura de segurança difere da cultura de outras organizações; priorização de esforços para o fortalecimento da cultura de segurança identificando suas fragilidades.

Coleta de Dados

Antes de iniciar a coleta de dados, o pesquisador principal abordou as chefias de enfermagem dos diversos setores de internação, as chefias de serviços e a direção médica visou apresentar o estudo, seus objetivos e sensibilizá-los a participar e divulgar a pesquisa, orientando para a forma de divulgação, a coleta e os critérios de inclusão para participação da pesquisa. Os profissionais foram abordados em seus setores e durante rápida conversa foram informados sobre o estudo e orientados a acessar o link com o TCLE, carta convite e o questionário em seus e-mails pessoais. A coleta ocorreu durante os meses de setembro de 2019 a março de 2020.

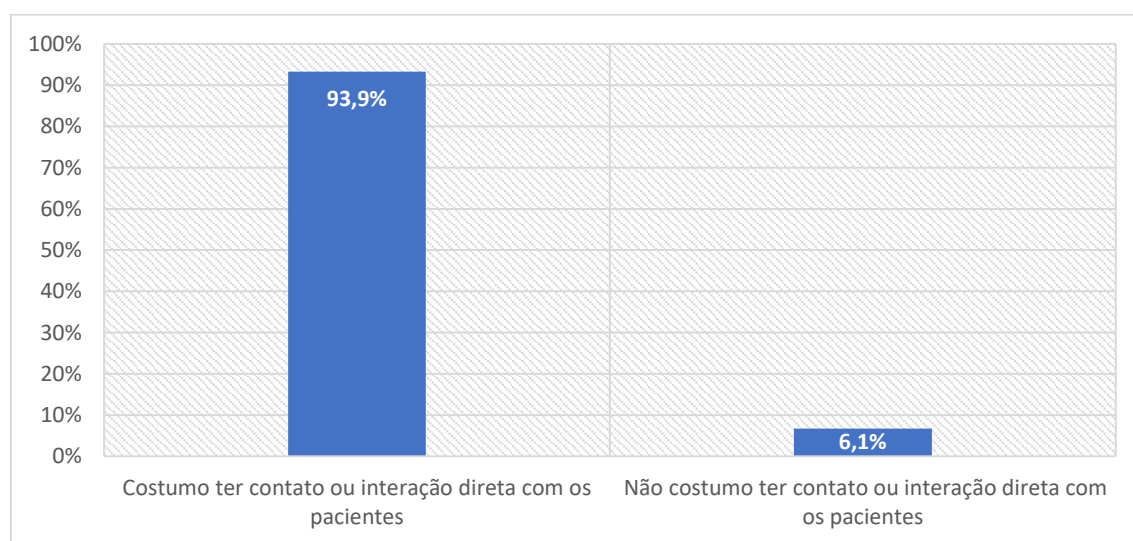
Análise

Para realizar a comparação dos resultados das diferentes dimensões de cultura, utilizou-se da metodologia proposta pela AHRQ, que recomenda análise comparativa a partir do percentual de respostas positivas, do desvio-padrão e do rule of thumb (regra

do polegar). A composição do percentual de respostas positivas da dimensão foi calculada usando o número de respostas positivas aos itens da dimensão, dividido pelo número total de respostas válidas (positivas, neutras e negativas) aos itens da dimensão. O percentual de resposta positiva representa uma reação assertiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite avaliar as áreas fortes (escores superiores a 75%) e frágeis (escores inferiores a 50%) da cultura de segurança (REIS et al, 2012). Os dados foram descritos e analisados por dimensão, uma vez que a cultura é considerada uma característica de um grupo ou hospital, e não individual.

Alguns estudos apontam que a maioria das falhas na assistência decorrem da complexidade da assistência desenvolvida, bem como do crescente avanço tecnológico somado ao deficiente aperfeiçoamento e a desmotivação dos profissionais (RODRIGUES, 2017). Analisando o perfil da amostra, a figura 1, identifica-se que a maior parte dos respondentes tem interação com os pacientes.

Quadro 1 – Percentual de profissionais que atuam direta ou indiretamente com pacientes.



Os serviços da unidade hospitalar que apresentaram a maior participação de respondentes atuam nas unidades de maior complexidade como os setores de terapias intensivas e serviço de emergência. O item classificado como outros, corresponde aos setores de hemodiálise (n=26), terapia ocupacional (n=1), fisioterapia (n=3) e nutrição (n=4).

Tabela 1 - Percentagem de participantes por serviço

Serviço	Número	Porcentagem
---------	--------	-------------

Laboratório	1	0,6%
Outros	34	20,7%
Anestesiologia	1	0,6%
Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	61	37,2%
Diversas unidades do hospital / Nenhuma unidade específica	13	7,9%
Cirurgia	18	11,0%
Medicina Clínica	4	2,4%
Pediatria	2	1,2%
Psiquiatria/Saúde mental	1	0,6%
Emergência	26	15,9%
Farmácia	3	1,8%
TOTAL	164	100%

Outro fator de análise importante é o tempo de atuação dos profissionais. Na unidade hospitalar abordada, todos os profissionais são concursados, o que reduz muito o turnover e proporciona um tempo de trabalho muito longo. A tabela 2 apresenta os dados coletados pelo questionário, referentes às características dos profissionais participantes, com relação à profissão, o tempo de atuação dos profissionais no hospital, tempo na unidade/serviço do hospital e o tempo de profissão dos participantes.

Tabela 6 – Características profissionais dos participantes da pesquisa Cultura de segurança do paciente em um hospital de urgência e emergência do Município do Rio de Janeiro - RJ, Brasil, 2020.

Características profissionais dos participantes		Nº	%
Profissão	Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	4	2,4
	Psicólogo	1	0,6
	Administração/Direção	4	2,4
	Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)	2	1,2
	Outros	2	1,2
	Auxiliar administrativo/Secretário	2	1,2
	Enfermeiro	45	27,4
	Auxiliar de Enfermagem	42	25,6
	Técnico de Enfermagem	50	30,5
	Médico do Corpo Clínico	6	3,7%
	Nutricionista	1	0,6%
	Farmacêutico	3	1,8%

	Odontólogo	1	0,6%
	Assistente Social	1	0,6%
Tempo trabalhado neste hospital	menos que 1 ano	8	4,8
	de 2 à 5 anos	15	9,1
	de 6 à 10 anos	13	7,9
	de 11 à 15 anos	10	6,1
	de 16 à 20 anos	46	27,9
	21 anos ou mais	47	28,5
Tempo trabalhado na unidade atual	menos que 1 ano	8	4,8
	de 2 à 5 anos	18	10,9
	de 6 à 10 anos	21	12,7
	de 11 à 15 anos	15	9,1
	de 16 à 20 anos	38	23,0
	21 anos ou mais	42	25,5
Tempo de profissão	menos que 1 ano	0	0,0
	de 2 à 5 anos	3	1,8
	de 6 à 10 anos	13	7,9
	de 11 à 15 anos	12	7,3
	de 16 à 20 anos	35	21,3
	21 anos ou mais	80	48,8

Ressaltamos os três diferentes níveis que a cultura se apresenta: artefatos, valores compartilhados e pressupostos básicos (Schein, 1992), os artefatos constituem o primeiro nível da cultura, o mais superficial, visível e perceptível. Os artefatos são as coisas concretas que cada um vê, ouve e sente quando se depara com uma organização. Eles abrangem os produtos, serviços e padrões de comportamento dos membros da organização e se expressam no modo como as pessoas se vestem, se comportam, sobre o que elas conversam e o que elas consideram importante e relevante. Os valores compartilhados, em segundo nível, são valores relevantes que se tornam importantes para as pessoas e que definem as razões pelas quais elas fazem o que fazem. As pressuposições básicas constituem o nível mais íntimo, profundo e oculto da cultura organizacional. São as crenças inconscientes, percepções, sentimentos e pressupostos predominantes e nos quais as pessoas creem. A cultura orienta a maneira de fazer as

coisas na organização muitas vezes por meio de pressuposições não escritas nem sequer faladas.

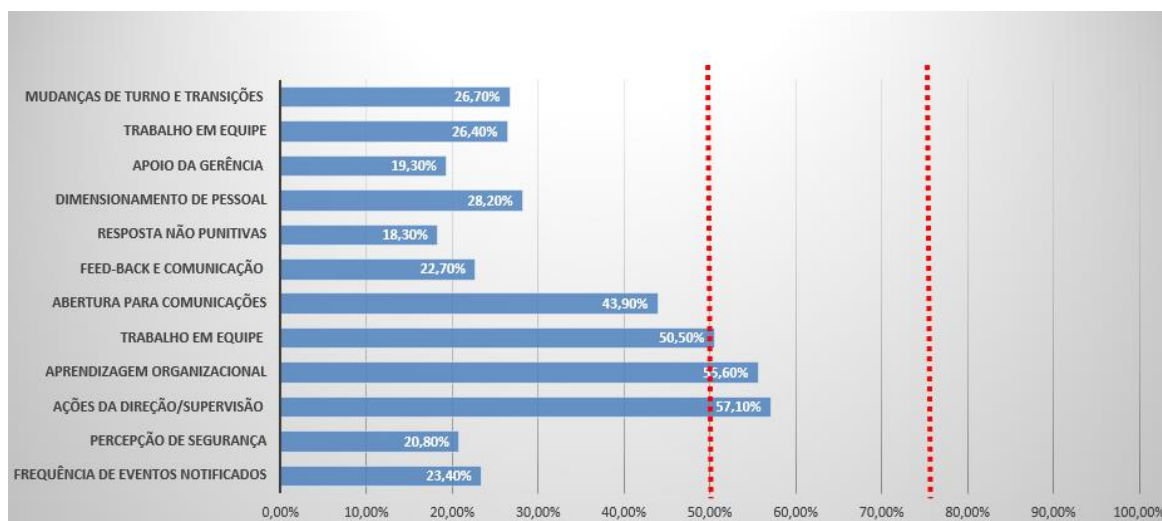
Considerando as informações já fornecidas pelos questionários respondidos, na tabela 3, são identificadas as três dimensões com o maior percentual de respostas positivas e as três dimensões com maiores percentuais de respostas negativas. Observa-se que das 12 dimensões avaliadas, considerando-se as definições da AHRQ, 10 dimensões foram consideradas de cultura frágil por terem percentuais abaixo de 50%. Pode-se inferir a partir desses percentuais apresentados que a cultura de segurança no hospital é predominantemente frágil.

Tabela 10 - Porcentagem de respostas por dimensão

Dimensões	Positivas
1 - Frequência de eventos notificados	23,4%
2 - Percepção de segurança	20,8%
3 - Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	57,1%
4 - Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	55,6%
5 - Trabalho em equipe na unidade/serviço	50,5%
6 - Abertura para comunicações	43,9%
7 - Feed-back e comunicação sobre erros	22,7%
8 - Resposta não punitivas para erros	18,3%
9 - Dimensionamento de pessoal	28,2%
10 - Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	19,3%
11 - Trabalho em equipe entre unidades	26,4%
12 - Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	26,7%

O gráfico 1 mostra que apenas três dimensões estão na faixa entre 50 e 75 por cento que representa uma dimensão em transição de frágil (<50%) para uma dimensão de destaque positivo, indicando uma cultura de segurança do paciente forte (>75%). A Dimensão de Respostas Não Punitivas apresentou o menor valor percentual positivo, com 18,3% e o valor médio das respostas positivas ficou em 32,40%, também abaixo do valor mínimo sugerido de 50%.

Gráfico 1 – Dimensões de destaque



Na tabela 4 demonstrativa dos profissionais participantes, destaca-se a equipe de enfermagem, uma vez que esta categoria representa a maior categoria profissional nas instituições de saúde, e todas as discussões que a envolvam podem ser geradoras de transformações nos ambientes de trabalho (WEGNER, 2012) e consequentemente, grande influência sobre a cultura de segurança.

Tabela 10 - Porcentagem de participantes por profissão

Profissão	Número	Porcentagem
Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	4	2,4%
Psicólogo	1	0,6%
Administração/Direção	4	2,4%
Técnico (ECG, Lab., Radiologia, Farmácia)	2	1,2%
Outros	2	1,2%
Auxiliar administrativo/Secretário	2	1,2%
Enfermeiro	45	27,4%
Auxiliar de Enfermagem	42	25,6%
Técnico de Enfermagem	50	30,5%
Médico do Corpo Clínico	6	3,7%
Nutricionista	1	0,6%
Farmacêutico	3	1,8%
Odontólogo	1	0,6%
Assistente Social	1	0,6%
TOTAL	164	100%

Conclusão

Muitos são os estudos de avaliação de cultura de segurança, feitos somente com uma categoria profissional, ou somente um setor dentro das instituições. Portanto, avaliar toda uma instituição se mostrou um desafio enorme. O convite insistente à participação, o uso de um instrumento longo e com várias etapas para participação efetiva, e o ineditismo do uso de uma plataforma digital.

Todavia, este estudo ganha peso quando mais de 93% dos participantes são da linha de frente do cuidado e de setores cruciais como terapia intensiva, emergência e cirurgia. Setores esses de suma importância e complexidade em uma unidade de urgência e emergência, representam a porta de entrada e setores críticos do hospital.

Ouvir esses profissionais corrobora com estudos que apontam que a maioria das falhas na assistência decorre da complexidade da assistência desenvolvida, bem como do crescente avanço tecnológico somado ao deficiente aperfeiçoamento e a desmotivação dos profissionais (RODRIGUES, 2017).

Outros autores apontam para a relevância de envolver os profissionais que atuam em contato direto com o paciente nos processos de melhoria da segurança, pois isso traz motivação deixando-os seguros para fazer, admitir a falha humana e reconhecer a necessidade de rever os processos e rotina. (MINUZZ et al, 2016).

No demonstrativo dos profissionais participantes, destaca-se a equipe de enfermagem, representando a maior categoria profissional nas instituições de saúde. Este fato, neste estudo pode ter sido influenciado pela equipe de pesquisadores enfermeiros, entretanto, todas as discussões que envolvem a enfermagem podem ser geradoras de transformações nos ambientes de trabalho e conseqüentemente, grande influência sobre a cultura de segurança. (WEGNER, 2012)

Outro fator de análise importante é o tempo de atuação dos profissionais. Na unidade hospitalar abordada, todos os profissionais são concursados, e com muitos anos de atuação; o que reduz muito o turnover e proporciona um tempo de trabalho muito longo. Se esse longo tempo de trabalho impacta na experiência, na expertise, também pode representar cansaço, dificuldade em aderir à mudanças, e visão mais negativa da cultura de segurança do paciente.

Um estudo realizado na Espanha demonstra que os profissionais mais jovens na instituição, por terem que se adaptar ao serviço e ao ambiente de trabalho, percebem a CSP de maneira mais positiva, quando comparados aos profissionais mais experientes. Gutiérrez-Cía, 2010.

Ressaltamos os três diferentes níveis que a cultura se apresenta: artefatos, valores compartilhados e pressupostos básicos (Schein, 1992), os artefatos constituem o primeiro nível da cultura, o mais superficial, visível e perceptível. Os artefatos são as coisas concretas que cada um vê, ouve e sente quando se depara com uma organização. Eles abrangem os produtos, serviços e padrões de comportamento dos membros da organização e se expressam no modo como as pessoas se vestem, se comportam, sobre o que elas conversam e o que elas consideram importante e relevante. Os valores compartilhados, em segundo nível, são valores relevantes que se tornam importantes para as pessoas e que definem as razões pelas quais elas fazem o que fazem. As pressuposições básicas constituem o nível mais íntimo, profundo e oculto da cultura organizacional. São as crenças inconscientes, percepções, sentimentos e pressupostos predominantes e nos quais as pessoas creem. A cultura orienta a maneira de fazer as coisas na organização muitas vezes por meio de pressuposições não escritas nem faladas.

Referências

GAMA, Zenewton André da Silva et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, p. e00026215, 2016.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo Atlas, 1999.

Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo Atlas, 1996.

Ariboni S; Perito R. Guia Prático para um projeto de pesquisa exploratória, experimental, descritiva. São Paulo: Unimarco, 2004.

Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. Rev Latino Am Enfermagem. 2012;20 (3):427-34.

Minuzz, Ana Paula, Salum, Nádia Chiodelli, Locks, Melissa Orlandi Honório. Avaliação da Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde; Texto e Contexto Enfermagem, 2016.

Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Figueiredo MCA. Nurse safety culture in the services of a university hospital. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(3):767-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>

Gutiérrez-Cía I, Merino PC, Juan AY, Obón-Azuara B, Alonso-Ovies A, Martín-Delgado A, et al . [Perception of safety culture in Spanish intensive care units]. *Med Clín [Internet]*. 2010 [cited 2018 Jan 19];135(Suppl 1):37-44. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(10\)70019-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(10)70019-1) Spanish. [Links]

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E ANÁLISE

Em conformidade com o processo de buscas de melhorias e acompanhamento das notificações realizado pelo NSP do hospital estudado, os indivíduos que notificaram demonstraram grande interesse em melhorar os processos assistenciais, demonstraram ainda bom nível de confiança, comprometimento e engajamento no manejo das informações e processos relativos à SP em seus setores de trabalho. Foi observada uma preocupação com as consequências dos eventos adversos, a princípio pela judicialização, mas demonstraram entendimento da necessidade de atuar em um ambiente livre de culpa, que gere o comprometimento organizacional de todos os profissionais na melhoria da CS.

Assim, a principal dificuldade da notificação voluntária é a subnotificação, que ocorre por diversos fatores, entre eles o medo, a culpa, a vergonha, a autopunição, a crítica de outras pessoas e do litígio (CAPUCHO *et al*, 2013). Agregando a essa inferência, destacamos a equipe de enfermagem com a mais participante, pois é sabido e reconhecido têm uma enorme influência sobre a cultura organizacional de segurança, uma vez que quantitativamente é o maior grupo profissional da saúde e que permanece ao lado do paciente em todas as horas do dia.

Segundo Murff (2013) as notificações voluntárias consistem na comunicação de eventos adversos e outros incidentes, realizadas por profissionais de saúde e pacientes espontaneamente, é o método mais utilizado ao redor do mundo para coletar informações sobre incidentes, tornando-se mais eficiente com a participação ativa dos funcionários. Cabe também ressaltar a importância do estabelecimento de uma comunicação eficaz desde a identificação dos riscos, a fim de evitar a ocorrência do evento adverso e os danos por ele gerados. É muito importante para o processo de melhoria da cultura, estimular a notificação do evento adverso grave, e também dos riscos, suas causas e, tendo-os por base, informar as estratégias definidas para seu tratamento (OLIVEIRA, 2014)

O perfil das notificações nos mostrou que a quantidade de eventos com dano aumentou e é um fator a ser trabalhado pela gestão da unidade hospitalar, de maneira a interromper um ciclo danoso à segurança do paciente. Entendemos ainda que a repetição de tais eventos apontam para a fragilidade na cultura de segurança em setores

de maior complexidade assistencial, e dessa forma o impacto na qualidade da assistência é grande podendo ser catastrófico e danoso também à imagem da instituição assistencial. Algumas dimensões de cultura de segurança apresentaram percentuais de respostas positivas abaixo de 20%, que foram: respostas não punitivas aos erros (18,3%) e apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente (19,3%); as demais dimensões apresentaram percentuais entre 20% e 50%. Os dados foram analisados e organizados em tabelas, estratificadas por ano, tipo de evento, descrição do evento e setores da unidade onde ocorreram.

O baixo percentual de respostas positivas observado na dimensão Respostas Não Punitivas aos Erros (tabela 11) é coerente com o alto percentual dos respondentes que afirmaram não ter realizado nenhuma notificação de eventos de segurança nos últimos doze meses (78%). Esses dados apresentam alinhamento com outros estudos que descreveram percentuais baixos para a mesma dimensão, como Alahmadi (2010), El Jardali (2010), Dolci (2010), Bodur & Filiz (2010), dessa forma a cultura da culpabilidade é entendida com um grande entrave à melhoria da qualidade e da cultura de segurança dos paciente, pois uma vez que o profissional não se sente seguro em realizar suas atividades ele pode ocultar falhas e eventos adversos.

Tabela 11 - Quantidade de eventos adversos notificados

Quantidade	Número	Porcentagem
nenhuma notificação	127	74,5%
de 1 à 2 casos	23	13,9%
de 3 à 5 casos	13	7,9%
de 6 à 10 casos	2	1,2%
de 11 à 20 casos	2	1,2%
mais de 21 casos	2	1,2%
TOTAL	169	100%

Nesse sentido, a análise das dimensões de segurança no mesmo hospital potencializou o entendimento da cultura instituída e apontou os pontos mais frágeis e aqueles com maior potencial de desenvolvimento. Outros estudos evidenciam a influência da CS nos resultados clínicos dos pacientes, por exemplo a reinternação e taxa de infecção relacionada ao cuidado à saúde, ou seja, com uma cultura de segurança frágil, serão observados resultados menos positivos na assistência à saúde, como aponta Fassarella (2019).

Nas respostas ao questionário aplicado no hospital, identificamos uma grande similaridade com o estudo de Reis (2013), no qual ela aponta as mesmas dimensões com mais alto percentual de respostas positivas, quais sejam as expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança (57,1%); aprendizado organizacional – melhoria contínua (55,6%) e trabalho em equipe dentro das unidades (50,5%), o que ratifica os dados desse estudo e ratifica a iminente necessidade de intervir na promoção da melhoria da Cultura de Segurança. Verificou-se que o percentual médio de respostas positivas para as doze dimensões foi 32,74%, que demonstra uma grande fragilidade em toda a estrutura assistencial, que favorece a ocorrência de danos e falhas na proteção dos profissionais e pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa atingiu os objetivos traçados e os resultados evidenciaram que o perfil das notificações apresenta o aumento de eventos danosos aos pacientes no período analisado, sendo assim considerado, o principal fator que deverá direcionar as estratégias de melhoria da Cultura e Qualidade da segurança dos pacientes. Com isso, a alta gestão poderá direcionar esforços para dirimir os fatores contributivos para a melhoria global de assistência em saúde. Essa avaliação remete ainda à necessidade de aprofundar as análises de causa raiz de cada evento, para que as causas sejam realmente entendidas e facilitem o planejamento de ações na busca constante pelo aprimoramento da segurança do paciente.

Com um perfil definido das notificações de segurança, foi possível inferir que as características e tipos dos fatos notificados, estão atrelados às dimensões de cultura de segurança que foram avaliadas. A utilização de um instrumento de abordagem ampla proporcionou uma análise mais minuciosa de cada item e ainda, compreender a correlação entre notificações e cultura de segurança.

A média de respostas positivas mostra o distanciamento entre a assistência e a cultura de segurança, ao mesmo tempo que os profissionais apontam por meio das notificações, falhas que devem ser tratadas localmente ou encaminhada à alta gestão para que as modificações sejam elaboradas, implantadas e mensuradas, de maneira que haja o estabelecimento da rotina cíclica de planejar, fazer, verificar e avaliar.

Uma cultura de segurança apropriada se apoia nas buscas contínuas por melhorias, por meio da educação permanente, implantação de protocolos assistenciais, padronização de procedimentos, processos mapeados e fluxos estabelecidos.

Concluimos que mesmo com tantos anos de existência, com um capital humano experiente e antigo no hospital, faltaram investimentos em tecnologias e, principalmente na educação dos profissionais, que pudesse atualizar e valorizar cada trabalhador, ao longo das décadas, a cultura de segurança do paciente é muito frágil.

REFERÊNCIAS

1. A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
2. Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ. Improving Patient Safety in Hospitals: A Resource List for Users of the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. Westat, contract number HHS 290200710024C, 2019
3. Alahmadi HÁ. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care* 2010; 19:1-5.
4. Alves, MFT, Carvalho, DS, Albuquerque, GSC- Motivos para não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: Revisão integrativa. *Ciênc. Saúde coletiva*[Internet].2019[acesso em 15 nov 2019];24(8). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php/pid=S1413-81232019000802895&script=sci_arttext&lng=pt.
1. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 26 jul 2013.
2. Blegen AM, Gearhart S, O'Brien R, Sehgal NL, Alldredge BK. AHRQ's Hospital Survey on Patient Safety Culture: Psychometric Analyses. *J Patient Saf*, 2009; 5:139-144.
3. 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* 2010; 10:(28)1-9.
5. Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.
6. Cox SJ, Cox T. The structure of employee attitude to safety: a European example. *Work & Stress*, 1991; 5:93-106.
7. Cox, S, Flin R. Safety culture: philosopher's stone or man of straw? *Work & Stress*, 1998; 12(3):189-201.
8. Dolci GF, Suárez JR, Casanova HA, Fernández CR, Torres FH, Varela JS. Cultura sobre seguridad del paciente em profesionales de la salud. *Cir Cir* 2010; 78(6)527-532.
9. 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* 2010; 22 (5):386-395.
10. Figueiredo Mirela Lopes de, Silva Carla Silvana de Oliveira e, Brito Maria Fernanda Santos Figueiredo, D'Innocenzo Maria. Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 Feb [cited 2019 June 27] ; 71(1): 111-119. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100111&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>.

11. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo Atlas, 1999.
12. Handler SM, Castle NG, Studentski SA, Perera S, Fridsma DB, Nace DA et al.. Patient safety culture assessment in the nursing home. *Qual Saf Health Care* 2006, 15:400-404.
13. Health and Safety Commission. Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993:23.
14. Hinricksen, S. L. Qualidade e segurança do paciente: gestão de riscos. Rio de Janeiro: MedBook, 2012. 335p.
15. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2007; 20(7):620-632.
16. Lorenzini Elisiane, Santi Juliana Annita Ribeiro, Bão Ana Cristina Pretto. Patient safety: analysis of their cidents notified in a hospital, in south of Brazil. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2014 June [cited 2019 June 27] ; 35(2) : 121-127. Availablefrom: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200121&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>
17. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo Atlas, 1996.
18. Mendes Júnior WV, et al. Qualidade dos serviços de saúde no SUS-Relatório Final. QualiSUS,2013.
19. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2009 [cited 2016 May 18]; 21(4):279-84. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzp022>
20. Ministério da Saúde/ Fiocruz/ Anvisa- Programa Nacional de Segurança do Paciente. Documento de referência, 2014.
21. MURFF, H. J. et al. Electronically screening discharge summaries for adverse medical events. *Journal of the American Medical Informatics Association*, v. 10, n. 4, p. 339-350, 2003. ISSN 1067-5027. Disponível em: <http://jamia.bmj.com/content/10/4/339.full>. Acesso em: 12 nov. 2019.
22. Oliveira OJ. Gestão da Qualidade:tópicos avançados. São Paulo: Cengage Learning;2009.
23. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practiceofreporting adverse events in a teaching hospital. *RevEscEnferm USP*. [Internet]. [acesso em 15 nov 2019];51:e03243. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>.
24. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating their cidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contributiontoimprovingqualityandpatientsafety. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014 [cited 2016 May 18];14:311. Availablefrom: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/311>
25. Weick KE, Sutcliffe KM. Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity. San Francisco, CA: Jossey Bass; 2001.
26. Oliveira OJ. Gestão da Qualidade:tópicos avançados. São Paulo: Cengage Learning;2009.
27. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM - Estratégias para promover segurança do paciente - Escola Anna Nery *Revista de Enfermagem* 18(1) Jan-mar 2014
28. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practiceofreporting adverse events in a teaching hospital. *RevEscEnferm USP*. [Internet]. [acesso em 15 nov 2019];51:e03243. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>.
29. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating their cidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contributiontoimprovingqualityandpatientsafety. *BMC Health Serv Res*

- [Internet]. 2014 [cited 2016 May 18];14:311. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/311>
30. Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco, CA: Jossey Bass; 2001.

APÊNDICES

Anexo 1

Pesquisa de Cultura de Segurança



A AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE GRANDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a), você está sendo convidado(a) a participar do estudo acima intitulado, com o objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente em um grande hospital de urgência e emergência e seus fatores associados. Pesquisa aprovada no comitê de ética em Pesquisa (CEP) sob o nº 13557419.7.0000.5285.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações sobre a cultura de segurança do paciente para recomendar ações estratégicas visando o fortalecimento do plano de segurança do hospital. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua rotina profissional.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, a pesquisadora assistente irá lhe enviar um e-mail contendo o convite formal para participação na pesquisa e o TCLE. Uma vez o aceite do TCLE se concretize, você será automaticamente direcionado ao link eletrônico do questionário, que contém perguntas referentes às 12 dimensões da cultura de segurança do paciente e onde será solicitado que realize o preenchimento de todo o documento até o último item em um período máximo de 10 (dez) dias.

RISCOS: Você será exposto a riscos mínimos ao participar desse estudo, tais como desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário, e o retorno à memória de alguma situação desgastante vivenciada.

BENEFÍCIOS: Os benefícios ao participar deste estudo serão indiretos, sua participação contribuirá para avaliar o padrão de cultura de segurança do paciente, de maneira que possa ser apresentado o perfil da cultura de Segurança do Paciente da unidade hospitalar e recomendar ações estratégicas para o fortalecimento do plano de segurança do paciente.

CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não aparecerá em nenhum formulário a ser preenchido. Nenhuma publicação partindo destes questionários revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Municipal Souza Aguiar que não possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO. Sendo o Mestrando do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Enfermeiro Marcelo Dehoul, o pesquisador principal, sob orientação da Professora Doutora Priscila de Castro Handem. O investigador está disponível para responder a qualquer dúvida que você tenha através do telefone (21) 99689-8600, ou ainda pelo email: msdehoul@gmail.com,. A pesquisadora assistente será a Enfermeira Andréa da Silva Gomes Ludovico, que pode ser localizada pelo Telefone: (21) 99665-2356. E-mail: dealudovico2010@gmail.com. Os investigadores estão disponíveis para responder qualquer dúvida também pelo telefone fixo (21) 2542-6699 ou ainda pelo email: priscilahandem@gmail.com. Caso seja de seu interesse, o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO pode ser acionado através do telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contatar em caso de necessidade.

Anexo 2

*Nome **

Texto de resposta curta

*Eu fui informado (a) dos objetivos dessa pesquisa de maneira clara e detalhada. Esclareci todas as minhas dúvidas e sei que a qualquer momento posso solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim eu desejar. **

SIM, ACEITO PARTICIPAR

NÃO QUERO PARTICIPAR

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção ▼

Seção 2 de 2

Para prosseguirmos precisamos cadastrar seu e-mail, nele qual enviaremos o link (quali saúde) para preenchimento da pesquisa on line. Esclarecemos que seu e-mail será utilizado apenas para essa pesquisa. ✕ ⋮

Essa pesquisa irá ajudar a melhorar a qualidade e cultura de segurança e você está fazendo parte dessa mudança!!!

*e-mail **

Texto de resposta curta

Anexo 3

Seção A – Aborda a área/unidade de trabalho e é composta de 18 perguntas

QualiSaúde® E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar

SEUS HOSPÍTAIS QUESTIONÁRIO AVALIAÇÕES ESTATÍSTICAS [Sobre o estudo](#)
[Mande o e-mail](#)

Responder Questionário (Prévia)

Seção A

Seção B

Seção C

Seção D

Seção E

Seção F

Seção G

Seção H

Este questionário solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificações de incidentes em seu hospital e tomará cerca de 15 minutos para ser preenchido.

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

- "Incidente" é definido como evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou, em dano desnecessário para o paciente.
- "Segurança do paciente" é definida como redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável.

Este questionário é estritamente confidencial; todos os dados serão processados respeitando rigorosamente a confidencialidade estatística.

Seção A - Sua área/unidade de trabalho

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

1. Nesta unidade, as pessoas sabem umas as outras.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

2. Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

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

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

Seção B - Aborda o supervisor/chefe e é composta de 4 perguntas

QualiSaúde® E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar

SEUS HOSPÍTAIS QUESTIONÁRIO AVALIAÇÕES ESTATÍSTICAS [Sobre o estudo](#)
[Mande o e-mail](#)

Responder Questionário (Prévia)

Seção A

Seção B

Seção C

Seção D

Seção E

Seção F

Seção G

Seção H

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.

19. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

20. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

21. Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique "ouvir o grito".

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

22. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

Seção C – Aborda a comunicação e é composta de 6 questões

SEUS HOSPÍTIOS QUESTIONÁRIO AVALIAÇÕES ESTATÍSTICAS & Sistema usado: Manual Default

Responder Questionário (Prévia)

Seção A

Seção B

Seção C

Seção D

Seção E

Seção F

Seção G

Seção H

Seção C – Comunicação
Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

23. Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos.

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

24. Os profissionais têm liberdade para se expressarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

25. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

26. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores.

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

Seção D – Aborda a frequência de eventos notificados e é composta de 3 questões

QualiSaúde E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar

SEUS HOSPÍTIOS QUESTIONÁRIO AVALIAÇÕES ESTATÍSTICAS & Sistema usado: Manual Default

Responder Questionário (Prévia)

Seção A

Seção B

Seção C

Seção D

Seção E

Seção F

Seção G

Seção H

Seção D – Frequência de eventos notificados
Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são notificadas?

29. Os erros identificados e corrigidos antes de afetar o paciente são notificados com que frequência?

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

30. Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

31. Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

Seção E – Aborda o hospital e é composta de 11 questões

SEUS HOSPÍTAIS QUESTIONÁRIO AVALIAÇÕES ESTATÍSTICAS [& São bem vindo!
Preencha o formulário](#)

Responder Questionário (Prévia)

Seção A

Seção B

Seção C

Seção D

Seção E

Seção F

Seção G

Seção H

Seção E - O seu hospital

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

32. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

33. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

34. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital?

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

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

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

Seção F – Aborda informações adicionais sobre o serviço/unidade e é composta de 9 questões

SEUS HOSPÍTAIS QUESTIONÁRIO AVALIAÇÕES ESTATÍSTICAS [& São bem vindo!
Preencha o formulário](#)

Responder Questionário (Prévia)

Seção A

Seção B

Seção C

Seção D

Seção E

Seção F

Seção G

Seção H

Seção F – Informação adicional sobre seu Serviço/Unidade

43. Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, ou qualquer outro cuidado e procedimento a ser realizado com o paciente, o profissional que escuta repete a ordem em voz alta para quem a emite, para assegurar-se de que ela tenha sido bem compreendida?

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

44. Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, cuidado ou procedimento a ser realizado com o paciente, os profissionais que recebem anexam a ordem no documento clínico correspondente?

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

45. Antes de realizar uma nova prescrição, revisa-se a lista de medicamentos que o paciente está tomando?

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

46. Todas as mudanças na medicação são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

Seção G – Aborda Informações gerais e é composta de 9 questões

SEUS HOSPÍTIOS QUESTIONÁRIO AVALIAÇÕES ESTATÍSTICAS & Saiba mais sobre Manuseio de Risco

Responder Questionário (Prévia)

Seção A

Seção B

Seção C

Seção D

Seção E

Seção F

Seção G

Seção H

Seção G - Informações Gerais

52. Por favor, marque a nota que você daria para a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

Péssimo

Ruim

Regular

Bom

Excelente

53. Há quanto tempo (em anos) você trabalha neste hospital?

54. Há quanto tempo (em anos) você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

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

56. Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e registrou?

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

SIM, eu costumo ter contato ou interação direta com os pacientes

NÃO, eu NÃO costumo ter contato ou interação direta com os pacientes

58. Há quanto tempo (em anos) você trabalha na sua especialidade ou profissão atual?

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

Enfermeiro

Técnico de Enfermagem

Auxiliar de Enfermagem

Médico do Corpo Clínico

Médico Residente

Farmacêutico

Nutricionista

Assistente Social

Seção H – Comentário sobre segurança e é composta por 1 questão discursiva

QuaLiSaúde E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar

SEUS HOSPÍTIOS QUESTIONÁRIO AVALIAÇÕES ESTATÍSTICAS & Saiba mais sobre Manuseio de Risco

Responder Questionário (Prévia)

Seção A

Seção B

Seção C

Seção D

Seção E

Seção F

Seção G

Seção H

Seção H: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou notificação de eventos no seu hospital.*

[Próximo](#)



Anexo 4

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE					
FICHA INTERNA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS - FINEA - DIGITAL					
INFORMAÇÕES DO EVENTO					
TIPO DE EVENTO:	PV- FARMACOVIGILÂNCIA <input type="checkbox"/> IV- TECNOVIGILÂNCIA <input type="checkbox"/> HV- HEMOVIGILÂNCIA <input type="checkbox"/> SR- SITUAÇÃO DE RISCO <input type="checkbox"/>				
CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO / EQUIPAMENTO (caso de uso reativo, equipamento, material para desinfecção, esterilização, litotritório, sargos, hemoderivados e medicamentos): Nome do Produto: Lote nº / nº série Registro do ANVISA Validade:					
DESCRIÇÃO DO EVENTO					
<i>(Incluir relato de motivos, possibilidades e consequências. Se necessário utilizar o verso)</i>					
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL <input type="checkbox"/> REAR NDS <input type="checkbox"/> INCIDENTE SEM DANO <input type="checkbox"/> EVENTO ADVERSO <input type="checkbox"/>					
Salto de Ocorrência: Relato: (Nome, sobrenome, data de internação, nome da internação, nº prontuário (se), data e hora de ocorrência, descrição dos fatos)					
Tratamento realizado:					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
NOME	PRONTUÁRIO	SETOR	COR	IDADE	LEITO
IDENTIFICAÇÃO DO NOTIFICANTE					
NOME	PLANTÃO	SETOR	DATA		