UNIRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico

Cultura de segurança em um hospital filantrópico acreditado: fortalezas e fraquezas percebidas pela equipe de enfermagem

Tamyris Garcia de Assis

Rio de Janeiro

2019

Tamyris Garcia de Assis

Cultura de segurança em um hospital filantrópico acreditado: fortalezas e fraquezas percebidas pela equipe de enfermagem

Relatório final de dissertação apresentado ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro - UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: O Cotidiano da Prática de Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar

Orientadora: Profª. Drª. Beatriz Gerbassi Costa Aguiar

Rio de Janeiro

2019

Tamyris Garcia de Assis

Cultura de segurança em um hospital filantrópico acreditado: fortalezas e fraquezas percebidas pela equipe de enfermagem

Relatório final de dissertação apresentado ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro - UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: O Cotidiano da Prática de Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar

Banca Examinadora:

_____

Prof[a]. Dra Beatriz Gerbassi Costa Aguiar (Orientadora) – UNIRIO

_____

Prof.[a] Dra. Cíntia Silva Fassarella– UERJ

_____

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva – UNIRIO

_____

Prof.[a] Dra Gicélia Lombardo Pereira – UNIRIO

_____

Prof. Dr Carlos Roberto Lyra da Silva – UNIRIO

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus amores e companheiros de vida, meus pais, Sandra e Cláudio e meu avô José de Ribamar, obrigada por sempre comigo viverem meus sonhos e apoiarem minhas as escolhas de vida. Todas as minhas conquistas serão de vocês, sou e sempre serei eternamente grata por tudo que fizeram e fazem por mim.

AGRADECIMENTOS

Realizar um curso de pós-graduação exige bastante dedicação e disciplina. A vida não pausa para se cursar um mestrado, é contínuo o fluxo das atividades laborais e cotidianas, o caminho a ser trilhado é difícil, contudo, oferece a oportunidade de conhecimento de diversas pessoas que fazem esse caminho ser mais agradável. Ao longo do curso há muito aprendizado, amadurecimento, crescimento pessoal e profissionais decorrentes de momentos de acertos, erros, alegres e tristes. Concluir essa etapa foi uma tarefa desafiadora, houve momentos em que as dificuldades pareciam que não seriam sanadas. Por isso, agradeço a todos que contribuíram, de maneira direta ou indireta, nessa trajetória do mestrado acadêmico e no êxito dessa pesquisa.

À minha orientadora, Profª Drª Beatriz Gerbassi Costa Aguiar, por acreditar e me incentivar, especialmente nessa reta final, em que achei que não conseguiria, pela dedicação, paciência, sensibilidade e compreensão nos momentos mais difíceis. Por ser um exemplo de professora, enfermeira, pesquisadora e mulher.

Ao Dilson que foi um anjo em minha vida para finalizar essa dissertação, muito obrigada pelo apoio, responder sempre e me ajudar na coleta de dados, parte da finalização desse estudo foi graças a você, obrigada por sua amizade.

Aos meus amigos Juliana Gutierrez e Eduardo, por entenderem minha ausência e por todo carinho que me dão. À minha amiga Nathália Queiroz que apesar da distância física nunca nos afastamos e sempre torce pelo meu sucesso.

Ao Leonardo que esteve comigo em todas as etapas para ingresso no mestrado e por diversas vezes me ajudava me incentivando em minhas leituras.

A Juliana Caldeira, ao Luiz e Cesar que me conhecem faz pouco tempo, mas me acolheram nessa nova vida, ouviram meus problemas e confusões e sempre me incentivaram a terminar minha escrita e que no final tudo daria certo.

A todos os familiares e amigos, que me apoiaram e torceram para a concretização desse sonho na minha vida.

Aos meus amigos e colegas de turma, crescemos e passamos por um período de aprendizado juntos, foi muito prazeroso conviver esses anos com vocês.

Aos professores da PPGENF, a importância que vocês têm em nossas vidas vão além da sala de aula, vocês são exemplos de que para ser um professor precisa-se ter embasamento teórico e, principalmente, empatia e sensibilidade pelo que se faz.

Aos profissionais do hospital em estudo, pela participação na pesquisa, sem vocês esse trabalho não seria possível, além disso, pela contribuição no meu crescimento profissional, pessoal e na minha construção de valores.

A maior recompensa pelo nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma.

John Ruskin

RESUMO

de ASSIS, Tamyris Garcia. **Cultura de segurança em um hospital filantrópico acreditado: fortalezas e fraquezas percebidas pela equipe de enfermagem**. 2019. 86 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Introdução: a cultura de segurança que é um componente da qualidade nos serviços de saúde, estudar a cultura de segurança traz a possibilidade de conhecer os fatores intervenientes no processo de trabalho que impactam na segurança dos pacientes. O estudo foi desenvolvido com os **objetivos:** descrever a cultura de segurança do paciente conforme perspectivas da equipe de enfermagem de um hospital acreditado e analisar a cultura de segurança do paciente segundo a percepção da equipe de enfermagem de um hospital acreditado, de acordo com às dimensões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Metodologia:** trata-se de um estudo de caso com levantamento do tipo *survey*, realizado em um hospital filantrópico acreditado do município do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu entre Janeiro à Junho de 2018 através da aplicação de um questionário com distribuição multidimensional, utilizado como uma ferramenta de mensuração da avaliação da cultura de segurança do paciente intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, traduzido, adaptado transculturamente e validado no Brasil. **Resultados:** os resultados apontam que quatro dimensões foram classificadas como fortalezas: Trabalho em equipe no âmbito das unidades (83%), Aprendizado organizacional – melhoria contínua (86%), Apoio da gestão para a segurança do paciente (79,3%) e Retorno da informação e comunicação sobre erros (87%) e duas como fragilidades Adequação de pessoal (46,5%) e resposta não punitiva a erros (29,3%). **Conclusão:** O hospital em estudo apresentou uma alta taxa de positividade nas dimensões, os resultados aqui presentes podem terem sido influenciado pelas mudanças de processos implementadas no hospital durante o processo de aquisição do certificado de acreditação hospitalar. Considerando que promover um ambiente seguro é investimento, as áreas de fragilidades podem nortear gestores dos riscos e impulsionar a implementação de medidas de melhoria contínua de segurança para as fragilidades apontadas.

Descritores: Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Acreditação Hospitalar. Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

de ASSIS, Tamyris Garcia. Safety culture in an accredited philanthropic hospital: strengths and weaknesses made by the nursing team. 2019. 86 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Introduction: the safety culture that is a component of quality in health services, studying the safety culture brings the possibility of knowing the intervening factors in the work process that impact on patient safety. **Objectives** to describe the safety culture of the patient according to the perspectives of the nursing team of an accredited hospital and to analyze the safety culture of the patient according to the perception of the nursing team of an accredited hospital according to the dimensions of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Methodology**: this is a case study with survey survey, carried out in an accredited philanthropic hospital in the city of Rio de Janeiro. Data collection took place between January and June 2018 through the application of a questionnaire with multidimensional distribution, used as a tool to measure the safety culture of the patient, entitled Hospital Survey on Patient Safety Culture, translated, transculturated and validated in the Brazil. **Results**: the results show that four dimensions were classified as strengths: Teamwork within the units (83%), Organizational learning - continuous improvement (86%), management support for patient safety (79.3%) and Return of information and communication about errors (87%) and two as weaknesses Adequacy of personnel (46.5%) and non-punitive response to errors (29.3%). **Conclusion**: The hospital under study had a high positivity rate in the dimensions, the results presented here may have been influenced by the changes of processes implemented in the hospital during the process of acquiring the hospital accreditation certificate. Considering that promoting a safe environment is investment, fragility areas can guide risk managers and encourage the implementation of continuous improvement measures for the fragilities mentioned

Descriptors: Patient Safety. Organizational Culture. Hospital Accreditation. Quality of Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	*Agency for Healthcare Research and Quality*
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DNV	*Det Norske Veritas*
EA	Evento Adverso
EUA	Estados Unidos das América
HSOPSC	*Hospital Survey on Patient Safety Culture*
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IOM	*Institute of Medicine*
IQS	Instituto Qualisa de Saúde
JCI	*Joint Commission International*
NIAHO	*National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations*
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No ano de 2016 concluí o curso de Graduação em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Durante a escolha da temática para o trabalho de conclusão de curso, minha orientadora propôs que eu lesse sobre as políticas de segurança do paciente e refletisse. Dessa forma, pude perceber que para ser um bom profissional são necessários diversos processos que dão subsídio à uma assistência segura e de qualidade.

Nesse contexto, iniciou meu interesse pela temática de segurança, realizei um estudo sobre a adesão à Meta 1 de Segurança do Paciente (Identificar os pacientes corretamente). No desenvolvimento da pesquisa, foi observado dificuldades na adesão ao protocolo, embora os pacientes estivessem identificados com a pulseira os profissionais não a utilizavam no cotidiano por questões de culturas locais.

No mesmo ano, participei de eventos científicos sobre segurança do paciente apresentando trabalhos ("Limites e fragilidades na adesão ao uso da pulseira de identificação em uma unidade cardiointensiva" e "Promoção de práticas seguras e de qualidade na identificação do paciente em unidades de terapia intensiva") e, inclusive, sendo premiada em 1° lugar na 1ª edição do prêmio Thatiana Martins de qualidade e segurança do paciente do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.

Consequentemente, comecei a refletir sobre minha formação acadêmica e como sempre hipervalorizei a prática a beira leito, contudo, nunca pensei que essa, se realizada de forma equívoca, poderia ocasionar tantos danos ao paciente, a instituição e até ao próprio profissional. Assim, acredito que devido a importância da temática os profissionais de saúde, independentemente, de atuarem diretamente ou não com um núcleo, gestão de risco e/ou qualidade devem adotar medidas de segurança em suas práticas.

Após a realização do estudo sobre identificação do paciente, fui convidada, pelo núcleo de segurança do paciente (NSP) da instituição, a participar de uma oficina desenvolvida pelo NSP e posteriormente a treinar profissionais de algumas unidades selecionadas do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) sobre a temática. Além do envolvimento pelo estudo, pude ter experiência com a equipe multiprofissional de diferentes unidades e gestores do HUPE, assim visualizei a carência de conhecimento e envolvimento dos profissionais nas temáticas de segurança.

Devido a isso, percebi que além da criação de protocolos é preciso a fomentação de uma cultura de segurança com bases sólidas. Em um dos eventos científicos que participei, foi abordado o modelo de gestão não punitivo e a importância da notificação dos eventos adversos (EA). No decorrer da semana, o NSP, da instituição do evento científico, relatou que foram notificados mais EA do que o habitual, o que demonstra que os profissionais podem mudar suas atitudes quando são estimulados a tal.

Embora, minha experiência se baseie em hospitais não acreditados, tive a oportunidade de visitar um acreditado e pude perceber, empiricamente, diferenças nas atitudes dos profissionais daquela instituição. Profissionais que não estavam envolvidos diretamente com a gestão de segurança introduziam em suas práticas diversos processos da segurança do paciente. Assim, tornou-se um desejo compreender melhor sobre a implementação de práticas que pudessem melhorar a cultura de segurança e a qualidade da assistência e o processo de acreditação hospitalar.

Participo, do grupo de pesquisa intitulado "Núcleo de Atenção e Promoção à Segurança e Qualidade NAPSQ – UNIRIO", o grupo contém participantes da graduação, mestrado acadêmico, mestrado profissional, docentes e profissionais de saúde que atuam diretamente com qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de risco, nele é abordado diversas temáticas referentes à temática de segurança.

Considerando minha trajetória inicial de estudos em Segurança do Paciente, o interesse em aprimorar meus conhecimentos em acreditação hospitalar e entender sobre cultura de segurança, busquei o Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). No processo de seleção foi apresentado um projeto intitulado "Cultura de segurança em um hospital filantrópico acreditado: fortalezas e fraquezas percebidas pela equipe de enfermagem".

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos e o acesso à internet possibilitaram aos indivíduos a aquisição de informações rapidamente, por vezes a um clique em suas mãos, o que levou a construção de uma sociedade mais consciente de seus direitos e, assim, com maiores exigências aos serviços consumidos. Diante desse cenário, instituições precisaram se adaptar buscando o aprimoramento da qualidade dos serviços e/ou produtos para atender essa nova demanda, inclusive as organizações de saúde.

No que tange a temática de qualidade, a segurança do paciente é vista de forma complementar devido ao impacto na redução de eventos adversos[1] (EA). A ocorrência de EA acarreta em prejuízo tanto financeiro quanto social para instituições e pacientes, à vista disso, a segurança do paciente pode ser considerada um resultado positivo das estratégias de promoção de excelência em assistência. Martins et al. (2010) enfocam que os EA têm um impacto expressivo nos gastos em saúde e que um paciente que sofre um EA evitável e/ou EA não evitável, respectivamente, tem um custo médio 3 vezes e/ou 6 vezes maior do que os pacientes sem EA.

A segurança do paciente deve ser uma prioridade estratégica de gestores nas organizações de saúde, é um grande desafio inserir a segurança do paciente como um valor profissional e um hábito durante as práticas assistenciais. Assim, com o propósito de melhorar qualidade é preciso o envolvimento dos profissionais junto a gestão e que em conjunto construam uma cultura voltada para a segurança do paciente.

Segundo Barbosa et al. (2016) o conceito de cultura de segurança é amplamente debatido, uma vez que possibilita processos gerenciais funcionem de forma mais efetiva em instituições que já alcançaram sua maturidade. É um desafio para as organizações que ainda não a construíram estabelecerem uma, posto que muitos profissionais ainda relacionam a ocorrência de erros com o modelo punitivo. O erro precisar deixar de ser considerado culpa de um indivíduo e passar a ser uma consequência de diversas falhas. As instituições que almejam uma cultura de segurança com bases sólidas devem aprender com os erros que foram cometidos e criarem medidas para a prevenção de próximos.

A crescente necessidade de avaliação dos cuidados de saúde com base em padrões de excelência ocasionou o desenvolvimento das iniciativas de acreditação hospitalar. A

---

[1] Evento adverso é um dano que acomete ao paciente devido à assistência prestada, não sendo considerado uma evolução da doença de base. Ex.: a ocorrência de uma lesão por pressão.

acreditação é uma metodologia de avaliação dos recursos institucionais e ocorre de forma periódica, voluntária e reservada e não obrigatória. Além disso, o processo não deve ser visto como um órgão de fiscalização, mas sim como um método que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões de excelência pré-estabelecidos com caráter educativo e voltado para melhoria contínua.

A acreditação não tem como objetivo ser responsável por habilitações institucionais, este papel cabe ao governo. Seu objetivo é antecipar-se e evitar problemas, gerenciando riscos e promovendo qualidade nos serviços de saúde. Assim, segundo a ONA (2014) as instituições de saúde que buscam o selo de acreditação têm a possibilidade de realizar uma avaliação objetiva acerca do desempenho dos seus processos, objetivando melhoria na segurança do paciente, treinamento contínuo, redução dos custos e otimização do tempo, objetivando a melhoria da qualidade da assistência.

No Brasil, estima-se que menos que 5% dos hospitais[2] possuam o certificado de acreditação. É um número restrito em relação ao total de 6.742 hospitais existentes no país[3]. Diversos estudos sobre a acreditação hospitalar revelam um quadro complexo e apontam para a necessidade de mais pesquisas para se determinar os reais benefícios da acreditação (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; POMEY et al., 2010; HINCHCLIFF et al., 2012; MENDES; MIRANDOLA, 2015)

Embora não exista evidências científicas reais que demonstrem o impacto da acreditação na melhoria da assistência, é crescente, no país, o número de instituições que buscam a acreditação, seja pelos benefícios que o processo traz internamente quanto para o *marketing* do hospital em ter um certificado de qualidade. Assim, embora não haja comprovação científica essas instituições demonstram preocupação em melhorar os processos gerenciais, a qualidade e a segurança dos serviços prestados.

Muito vem sendo feito para que os cuidados de saúde sejam seguros e de qualidade. Contudo, é notório que para o alcance de mudanças efetivas é preciso esforço individual e coletivo à aceitação da necessidade de mudança de práticas, além do constante incentivo pelos gestores à segurança do paciente, visto que as crenças e comportamentos institucionais darão uma direção clara e visível aos esforços para melhoria dos processos. Assim, segundo Matsuda e Oliveira (2016) são utilizadas ferramentas e técnicas sistemáticas de forma estratégica e racional com o intuito de aperfeiçoar os processos gerenciais e que esses promovam melhorias na qualidade e segurança das práticas assistenciais.

---

[2] De acordo com dados do site da ONA, JCI, IQC e NIAHO

[3] De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em 2017

Diante do exposto, a assistência em saúde tem como objeto de atuação o paciente, esse, por vezes, recebe os serviços prestados em um momento de fragilidade física e/ou psicológica devido a condição de saúde em que se encontra. O paciente ao buscar atendimento em uma instituição de saúde espera ao sair do local estar com seu problema resolvido ou controlado, a ocorrência de um EA é uma situação que foge das expectativas pré-estabelecidas.

A área de saúde quando comparada a outras áreas como a viação, por exemplo, não apresenta o mesmo padrão de segurança, uma vez que ocorre um quantitativo maior de erros dentro de uma instituição de saúde. A aviação é segura em razão de objetivar a qualidade dos profissionais a bordo através da realização de constantes treinamentos, preconizar a auto disciplina com a realização dos *checklist* pré voo para todos os tripulantes, inclusive os com anos de experiência, e ter uma equipe que consiga em casos de emergência trabalhar em conjunto para manter a calma entre os passageiros e realizarem as medidas de segurança de forma efetiva. O alcance desse nível de segurança que a aviação alcançou não foi algo imediato, houve o desenvolvimento de processos e formação de uma cultura voltada para práticas seguras.

Instituições de saúde inspiram nesses tipos de modelos e realizam adaptações para as suas realidades. É imprescindível a necessidade de mudanças de processos e remodelagem da cultura existente para uma que seja voltada para práticas seguras, a acreditação hospitalar em razão de preconizar treinamentos contínuos de equipe, utilização de *checklist*, dupla checagem e métodos de identificação pode ser uma ferramenta que auxilia na construção de uma cultura de segurança.

A partir dessas considerações iniciais, surgiu como **objeto de estudo**: a cultura de segurança do paciente de um hospital filantrópico acreditado. E como **objetivos**:

1. Descrever a cultura de segurança do paciente conforme perspectivas da equipe de enfermagem de um hospital acreditado;
2. Analisar a cultura de segurança do paciente segundo a percepção da equipe de enfermagem de um hospital acreditado, de acordo com às dimensões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

Em minha trajetória profissionais foi possível observar as atitudes de profissionais de saúde nos procedimentos e cuidado ao paciente internado em hospital não acreditado e acreditado, mostrando o paradoxo no cotidiano da assistência, considerando a qualidade e segurança do paciente. Pude observar também que por mais que gestores tentem implementar medidas de segurança, sem que haja envolvimento dos profissionais de saúde dificilmente haverá uma adesão efetiva.

A pesquisa traz uma abordagem para reflexão dos profissionais de saúde a respeito da temática de segurança, o papel fundamental que possuem na construção da cultura institucional e nos processos para melhoria da assistência em excelência promovendo mais segurança nas práticas. Uma vez reconhecida a perspectiva dos profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do paciente, é possível identificar os pontos com necessidades de melhorias e os pontos fortes a serem mantidos objetivando a conquista da excelência na assistência.

O estudo pretende contribuir para o ensino, uma vez que a temática tem sido implementada nos currículos dos profissionais de saúde devido a sua importância. Desse modo, visa sensibilização dos estudantes sobre as práticas assistenciais e que essas são sujeitas à riscos, assim como o empoderamento como agentes capazes de participar da construção/manutenção de uma cultura voltada para a segurança.

Para a pesquisa, pretende contribuir para a enriquecer o conhecimento científico sobre a temática de cultura de segurança e para a linha de pesquisa: O Cotidiano da Prática de Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar, do Programa de Mestrado em Enfermagem – UNIRIO.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Com o propósito de fornecer suporte teórico ao estudo, será apresentado uma revisão da literatura com a finalidade organizar e apresentar como são interpretadas e valorizadas as questões relacionadas à qualidade e segurança do paciente, assim como, o processo de acreditação hospitalar, as dificuldades na construção de uma cultura voltada para a segurança e a necessidade do envolvimento dos profissionais de saúde na segurança do paciente.

2.1 Qualidade em saúde e segurança do paciente: aspectos fundamentais

O contexto do século XXI é marcado com a incorporação em massa de tecnologia, alto custos dos atendimentos, aumento da carga de trabalho dos profissionais de saúde e o envelhecimento da população com múltiplas doenças crônicas. Desse contexto, emergem preocupações voltadas para a qualidade da assistência e das organizações de saúde, com ênfase em ações direcionadas à melhoria contínua.

A qualidade pode ser interpretada de diversas maneiras por diferentes autores, visto que há subjetividade e juízo de valores na interpretação, entretanto todos convergem a uma ideia central de que a qualidade está relacionada com ações que geram resultados positivos. O conceito de qualidade vem se modificado ao longo do tempo conforme ocorreram avanços na saúde, como pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1 – Definições do conceito de qualidade do cuidado/assistência

Autor	Definições
Donabedian, 1980	Cuidado de alta qualidade: tipo de cuidado do qual é esperado maximizar o bem-estar do paciente (medida inclusiva), após considerar o balanço entre os ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo de cuidado
Associação Médica Americana, 1984	Qualidade do cuidado: contribui de forma consistente para melhorar ou manter a qualidade e/ou duração da vida
Office of Technology, 1988	Qualidade de um prestador: grau em que o processo de assistência aumenta a probabilidade de resultados desejados pelos pacientes e reduz a probabilidade de resultados não desejados, em razão do estado do conhecimento médico
Palmer, 1991	Qualidade da assistência e medida pela produção de uma melhora da saúde depois de ajustados pelas restrições de tecnologia e pela gravidade da doença. Qualidade é a capacidade do prestador médico) de coordenar a tecnologia disponível, habilidades e julgamento para melhorar a saúde dos pacientes
Institute of Medicine (IOM), 1990	Qualidade da assistência é o grau em que as organizações de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes em conhecimento profissional corrente

Autor	Definições
Organização Mundial da Saúde (OMS), 2009	Qualidade é o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atua
Costa Junior, 2015	Qualidade em saúde é o resultado compartilhado e harmônico do conjunto de atitudes e práticas de um indivíduo, orientadas por construção de políticas e instrumentos coletivos, que condicionam mudanças ou adequações positivas em um processo ou atividade de um sistema ou de um serviço de saúde

Fonte: Hibbert et al., 2009; Mendes e Sousa, 2014; Costa Junior, 2015.

Embora desde 1978 já tenha sido realizado estudos com o intuito de avaliar a ocorrência de eventos adversos, apenas em 2000 tomou repercussão global, com a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Care System* do *Institute of Medicine* (IOM), que demonstrou o impacto financeiro e social dos EA nos pacientes. Foi abordado que somente nos EUA entre 44.000 e 98.000 pessoas vão a óbito por ano decorrente de eventos adversos, desses 58% poderiam ter sido prevenidos e 27,6% foram devido à negligência. O custo associado a esses eventos foi estimado entre 17 e 29 bilhões de dólares em razão dos custos adicionais, mas também pela perda de rendimento e incapacidade resultante (CORRIGAN; DONALDSON; KOHN, 2000).

Diante desse cenário, foi preciso uma reflexão acerca dos serviços de saúde prestados aos pacientes, com a finalidade de melhorá-los e torna-los mais seguros. Nesse contexto, foi agregado à temática de qualidade aspectos de segurança. O IOM (2001) publicou um texto *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century* e pela primeira vez a segurança do paciente aparece como dimensão constituinte do conceito e qualidade do cuidado, conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Dimensões da qualidade no cuidado

Atributos/Dimensões	Definição
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrente do cuidado que tem como objetivos ajuda-los
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente)
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferencias, necessidade e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoas, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica

Fonte: Mendes, 2014.

No Brasil, há anos existe uma estimulação em programas públicos, como: vacinação; cuidados com transfusões sanguíneas; controle e prevenção da infecção associada ao cuidado em saúde e pelos serviços de anestesia. Tais medidas são pioneiras na temática de segurança do paciente no país, contudo, ainda são pouco valorizadas por gestores e profissionais de saúde, devido a não existir uma cultura de gestão voltara para a temática (BRASIL, 2014).

Em 2007, pela primeira vez, foi firmado apoio a primeira meta da World Alliance for Patient Safety na XXII Reunião de Ministros da Saúde do Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL). Nessa reunião, também foi assinado a Declaração de Compromisso na Luta Contra as Infecções Associadas à Assistência à Saúde e o compromisso internacional de desenvolver e aplicar Planos Nacionais de Segurança do Paciente (BRASIL, 2011).

Devido a esse cenário, foi proposta a criação de um Programa Nacional de Segurança do Paciente com a finalidade de se instituir medidas de segurança do paciente em nível nacional. Em 2011, foi criado a RDC n° 63, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, sendo apresentado como um dos objetivos a redução e controle de riscos ao paciente, na Seção II, é descrito o tema de segurança do paciente, vista como embrião do PNSP (BRASIL, 2013a).

Nessa direção, em 2013, foi criada a Portaria MS/GM n° 529, sendo considerado: A magnitude dos EA no Brasil; A prioridade da segurança do paciente pela OMS; A necessidade entre o trabalho integrado e o enfoque multidisciplinar; A necessidade de criação de uma cultura de segurança do paciente no país e a criação de estratégias, produtos e ações destinadas aos profissionais, gestores e usuários. Assim, através dessa Portaria, foi instituído PNSP, pelo Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, que é composto por diversos representantes, titular e suplentes (BRASIL, 2013d).

No mesmo ano, foi criada a RDC N° 36, de 25 de julho de 2013, com o intuito de promover a segurança do paciente e melhorar a qualidade nos serviços, sendo aplicado a todas instituições de saúde (público, privado, filantrópico, civis ou militares e de ensino e pesquisa). A Resolução dá obrigatoriedade à criação do NSP em cada unidade de saúde, aos seus membros é dada autoridade e responsabilidade de implementar e executar ações que são referentes ao Plano de Segurança do Paciente, promovendo a disseminação sistemática da cultura de segurança (BRASIL, 2013b).

A prestação de cuidados ao paciente teve uma grande mudança com o desenvolvimento e avanços científicos, o cuidado que antes era visto como algo simples e relativamente seguro, hoje é mais complexo, mais concreto e eficiente, entretanto, possivelmente mais perigoso (BRASIL, 2014).

2.2 Teoria do erro e a cultura de segurança

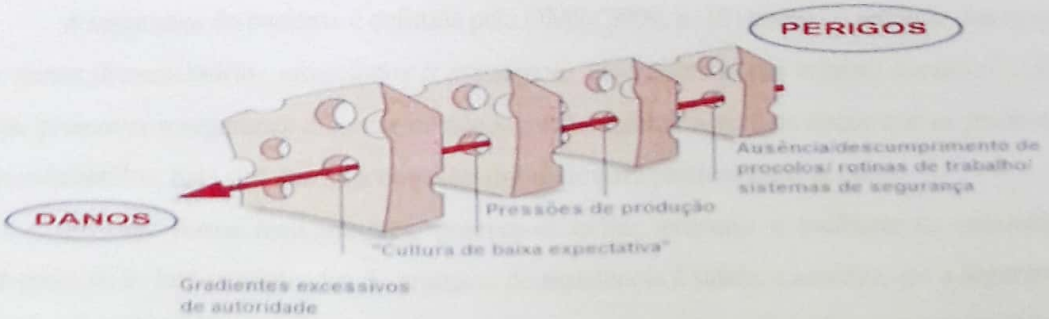
O erro é um acontecimento não planejado, não esperado e não pode ser predito. Os serviços fornecidos por organizações de saúde são realizados por humanos que são sujeitos à falha. Assim, deve-se ser repensando os modelos assistenciais, com a finalidade de antecipar os erros antes que esses possam causar danos à saúde.

Algumas teorias sobre o erro foram elaboradas com o intuito de tentar compreender e lidar com os fenômenos envolvidos. James Reason, professor de psicologia dedicou-se a estudar os mecanismos do comportamento humano na ocorrência do erro e seus achados tem sido utilizado em diversas áreas. Seu trabalho mais reconhecido foi o livro *Human Error*, o qual apresenta uma teoria voltada para à análise de todo o cenário que envolve o erro relacionando a sua ocorrência com os indivíduos envolvidos, os modelos e a cultura local.

Segundo Reason (2003) o termo erro só pode ser utilizado quando o indivíduo em sua prática corriqueira tenta realizar a tarefa a contento, ou seja, não deve ser utilizado quando há a intenção de causar dano. Assim, ele define as ações inseguras individuais em dois tipos: o erro humano e a violação. O erro humano pode ocorrer de duas formas: uma relacionada a falha na execução devido à falta de habilidades (lapsos e os deslizes) e outra quando há falha no planejamento. Enquanto que, a violação ocorre com o intuito de ganho pessoal ou do serviço sem que haja intenção de dano, exemplo: a não adesão à higienização das mãos.

Com o intuito de diminuir a ocorrência de erros Reason (2000) propõe o "Modelo do Queijo Suíço" (também conhecido como modelo epidemiológico). Nesse modelo é levantado que em uma organização deve existir diversas barreiras defensivas para evitar o acontecimento de um erro. Contudo, quando um evento consegue ultrapassar todas as barreiras esse ocorre, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço de James Reason



Fonte: Adaptado de Brasil, 2013.

As barreiras de segurança podem ser classificadas como preventivas ou de proteção, de acordo com sua atuação antes ou depois do acontecimento, respectivamente. Essas são definidas como estratégias criadas que podem impedir ou prevenir o acontecimento de um determinado evento que possa desencadear um dano, e caso o evento não consiga ser evitado, as barreiras servem como forma de proteção para os indivíduos e/ou o ambiente, minimizando ou impedindo os danos (PIRES, 2012).

Nesse contexto, é possível observar a importância da criação de barreiras para evitar o acontecimento de um evento inesperado e fomentação de uma cultura de segurança do paciente na instituição com bases sólidas. Essas estratégias têm o intuito de diminuir a ocorrência de EA, melhoria dos processos gerenciais e fornecer aos pacientes uma assistência de melhor qualidade e de forma mais segura.

2.2.1 O desenvolvimento da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde

Segundo o dicionário de filosofia (1998) cultura é apresentada com dois significados básicos. No primeiro e mais antigo, significa a formação do homem, sua melhoria e seu refinamento. No segundo significado, indica o produto dessa formação, ou seja, conjunto dos modos de viver e de pensar cultivados, civilizados, polidos que também pode ser indicado como civilização.

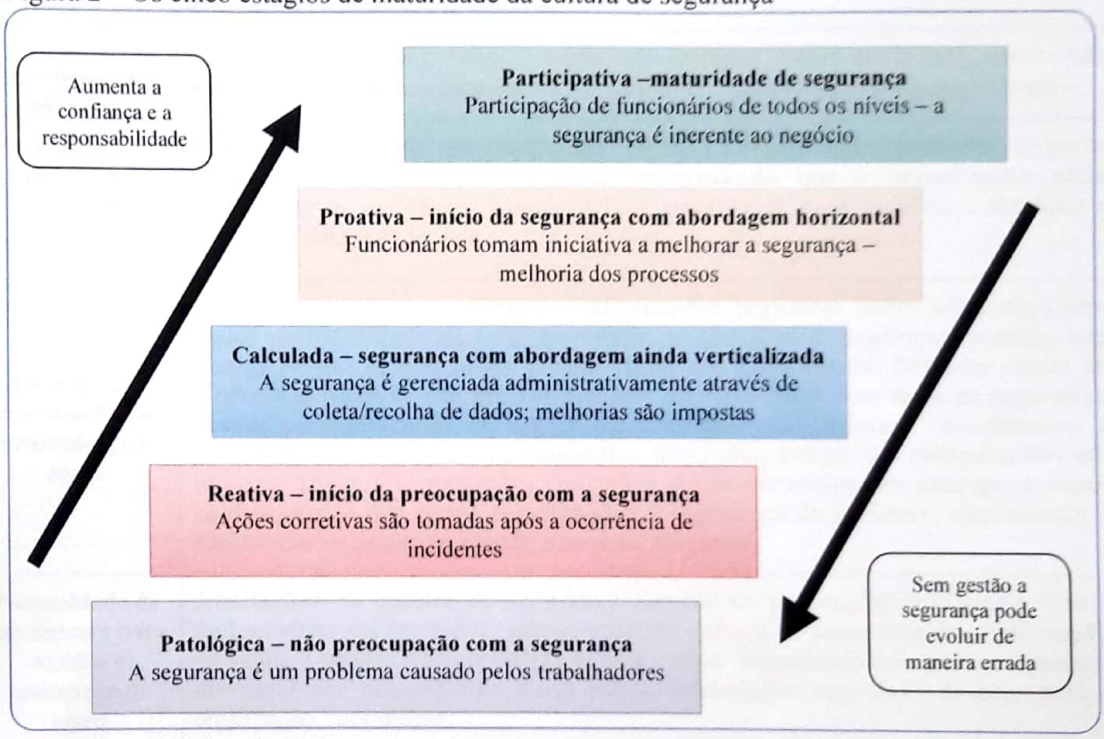
O termo cultura de segurança foi empregado pela primeira vez em 1980 em um relatório técnico de um acidente que aconteceu na usina nuclear de Chernobyl, a partir de então foi amplamente utilizado em diferentes cenários. Segundo Hudson (2003), em uma organização, a cultura de segurança pode ser apresentada em diferentes graus de maturidade e progredir através de cinco estágios ao longo do tempo, conforme apresentado na Figura 2.

A segurança do paciente é definida pela OMS (2009, p. 19) como "*à redução dos riscos de danos desnecessários, associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável*". Ou seja, promover a segurança do paciente não significa reduzir a zero os riscos que os pacientes são submetidos, mas sim que haja uma sensibilidade para práticas mais seguras.

Em sua forma mais simples, procura-se evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou às lesões originadas do processo de assistência à saúde, e acredita que a segurança reside nos sistemas, como também nas pessoas, e por isso, deve ser ativamente procurada e

estimulada. Segundo Vincent (2009), limitar-se a tentar evitar danos não é suficiente, o ideal é buscar a redução dos incidentes de todos os tipos e que a alta confiabilidade seja componente essencial do atendimento de alta qualidade ao paciente.

Figura 2 – Os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança



Fonte: Adaptado de Mendes, 2014.

Ponderando que uma instituição de saúde fornece serviços aos pacientes e que a cultura organizacional deve envolver o conjunto de profissionais, pacientes e gestores a temática de segurança do paciente foi introduzida no conceito de cultura, sendo definida pelo Ministério da Saúde (2013, p. 32) como "*conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde*".

Ardern (2012) relaciona a cultura de segurança do paciente, às atitudes individuais como organizacional, e afirma que essas influenciam o desenvolvimento de uma cultura de segurança em um local de trabalho. Por conseguinte, cada organização precisa considerar esses aspectos no desenvolvimento e na criação de uma cultura de segurança que se adapte à organização e aos indivíduos. Em seu levantamento bibliográfico, sete fatores foram identificados como determinantes para caracterizar as organizações que têm uma boa cultura de segurança, conforme Quadro 3.

Quadro 3 – Fatores determinantes para caracterizar cultura de segurança do paciente

Fatores determinantes	Definição
Compromisso em todos os níveis	Segurança e saúde apresentam valor fundamental e preocupação com a força de trabalho. Segurança e saúde estão integrados a cada aspecto do processo de trabalho. Esta atitude é evidente em toda a organização desde o diretor ao profissional mais inexperiente
Ambientes e atitudes	Gestão de risco, segurança e saúde são tratadas como um investimento, não um custo, mas como uma forma de melhorar o desempenho da organização.
Segurança e saúde fazem parte da melhoria contínua	A segurança e saúde são integradas em toda a organização, tornando-se parte do processo de melhoria contínua, assegurando que a organização pode identificar os incidentes e desenvolver estratégias para resolver e fortalecer o desempenho de segurança.
Formação e informação são fornecidos para todos	Os profissionais que recebem informações regulares sobre segurança têm maior probabilidade de estarem atentos às questões de segurança e saúde, e as formas em que as suas ações podem afetar a si e aos outros. Pôsteres sinais de alerta, e as políticas não são suficientes. As discussões com tema de segurança devem permear todos os níveis hierárquicos que estejam relacionados à assistência, assim como os resultados das ações devem ser comunicados em todos os níveis. Treinamentos contínuos devem ser realizados para que tenham conhecimento dos riscos relacionados à segurança do paciente, diminuindo a propensão de poderem causar danos ao paciente
Necessidade de um sistema para análise e prevenção do risco	Avaliações da cultura de segurança através da percepção dos profissionais podem obter um retrato do estado atual da cultura de segurança da organização de saúde e podem revelar barreiras que esteja impedindo que pessoas possam melhorar seu desempenho e que possa estabelecer uma linha de base para a organização recomeçar.
Ambiente livre da cultura punitiva	A cultura de culpabilidade é por muitas vezes o obstáculo mais difícil de superar no estabelecimento para o alcance de uma cultura de segurança, para que possa se estabelecer à cultura da confiança. Todos na organização devem ser incentivados a realizarem notificações dos incidentes ocorridos, para que possam ser corrigidas as práticas inseguras independentes do nível hierárquico, para que a administração possa ter o conhecimento de fato do que está ocorrendo, e que a força de trabalho possa dizer a verdade, mesmo que não seja o que a gestão queira ouvir. Manter as pessoas em todos os níveis responsáveis pela segurança significa abraçar uma má notícia
Organização reconhece o sucesso	Reconhecimento, recompensas, incentivos, reforço e realimentação são importantes. Uma boa cultura de segurança faz valer a pena a todos para manter um estado de consciência independente do sucesso ser grande ou pequeno na melhoria da segurança do paciente. Cultura de segurança é sobre como melhorar a segurança e a gestão da saúde com uma visão holística de toda a organização e da importância da vida.

Fonte: elaborado a partir de Arden (2012)

Uma organização é composta por um conjunto de indivíduos que estão juntos não ao acaso, mas sim por escolha prévia com o intuito de alcançar os objetivos institucionais. Desse modo, mesmo que existam diferentes indivíduos com diferentes valores culturais, conforme

Albuquerque, Malik e Queiroz (2013) é necessário a gestão estratégica de pessoas com o intuito de alinhar o comportamento do pessoal para alcance dos objetivos, o que demonstra a complexidade dos fenômenos organizacionais.

Dentro de uma instituição existem diferentes fenômenos organizacionais que interferem na cultura e no clima organizacional. Segundo Camelo et al. (2016) a cultura organizacional é a base de uma instituição, deve ser construída de acordo com a missão e os valores institucionais, sendo compreendida como um conjunto de valores e práticas que caracterizam o núcleo central de uma organização, assim como, a junção de pressupostos básicos que influenciam diretamente o comportamento dos trabalhadores. Enquanto que conforme com Paranhos e Santos (2017) clima organizacional pode ser compreendido como a percepção formal ou informal de políticas, práticas, ações e procedimentos organizacionais, sendo um fator de influência na eficiência dos resultados, bem como na conduta das pessoas que fazem parte de uma organização.

Entre cultura e clima organizacional há uma causalidade, a cultura sendo a causa e o clima a consequência. Clima refere-se a um fenômeno temporal de um dado momento enquanto que cultura é decorrente de práticas recorrente ao longo do tempo.

Cultura é algo que está enraizado em pessoas que convivem da mesma realidade. Por exemplo, em uma unidade de saúde, a enfermeira do setor utilizada uma cobertura X para um curativo, uma residente de enfermagem, que frequenta eventos científico, aborda a enfermeira para utilização da cobertura Y devido a ser mais eficiente e como resposta tem "Ah, mas eu sempre fiz assim a vida inteira e sempre deu certo". Esse exemplo genérico demonstra a dificuldade das pessoas em mudar sua cultura mesmo sendo demonstrado que existe um método melhor.

Por vezes, cultura de segurança é somente um termo inespecífico, usado de forma descuidada para referir-se a uma série de práticas diversas e, ao combiná-las, pode produzir uma abordagem coerente, mas superficial, sobre segurança. Nesses casos, as exigências, as mudanças, nada mais são do que mensagens vazias que retardam a aplicação de ações eficazes. Contudo, ao referir sobre a necessidade de mudar a cultura, reflete em uma crença profundamente arraigada e em um comprometimento, para que seja mudada a forma como o incidente e a segurança do paciente são abordados, além da convicção de que, se a cultura não mudar nada será mudado.

Segundo Chassin e Loeb (2011), para que as organizações de saúde se tornem organizações seguras sugerem-se a necessidade de três mudanças críticas e interdependes no nível organizacional:

1. A alta gestão precisa colocar a segurança como princípio básico, ser modelo e difundir a ideia da necessidade de mudança de comportamento e de cultura;
2. A cultura de segurança deve ser fundamentada em três pilares básicos: a confiança, o relato/notificação e a busca contínua por melhoria;
3. Adoção da utilização de ferramentas de avaliação dos processos (exemplo a análise de causa raiz,), com o intuito de compreender os incidentes que ocorrem na instituição, buscar soluções para esses e implementa de programas que assegurem a melhoria continua ao longo do tempo

Nesse contexto, é imprescindível a mudança de uma cultura de culpabilização para uma cultura justa, o qual se aprende e trata-se abertamente sobre a ocorrência de erros. Deve-se valorizar o trabalho em equipe, pelo engajamento dos líderes da organização aos desafios de se proporcionar cuidados de saúde seguros.

2.3 Avaliação da cultura de segurança

Conforme já abordado anteriormente construir uma cultura voltada para a segurança do paciente é um processo longo e que precisa de diversos fatores e pessoas envolvidas. Assim, com a necessidade de avaliar a cultura de segurança foram elaborados diferentes questionários que são encontrados na literatura.

Devido ao número de instrumentos disponíveis há a necessidade de avaliar os fatores para escolha do instrumento para realização de um estudo, conforme evidenciado em uma revisão de literatura que comparou nove questionários de acordo com as dimensões, características gerais e psicométricas (COLLA, 2005).

É preferível que o pesquisador escolha o instrumento que tenha passado por confiáveis testes psicométricos abrangentes e sólidos, afim de se garantir a fidelidade dos dados obtidos na pesquisa (COLLA, 2005).

Em um estudo foi realizado um levantamento da literatura de estudos que trazem instrumentos que avaliam cultura de segurança, foram identificados uma grande quantidade de instrumentos que podem ser utilizados em diferentes cenários e ambientes de saúde, conforme quadro 4 a seguir.

Quadro 4 – Instrumentos para avaliação da cultura de segurança encontrados na literatura

Fonte	Número de instrumentos	Denominação dos instrumentos
HALLIGAN; ZECEVIC, 2011	03	-**Hospital Survey on Patient Safety Culture** -Safety Attitudes Questionnaire -Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey -Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument
THE HEALTH FOUNDATION, 2011	24	-Checklist for Assessing Institutional Resileince -Culture of Safety Survey -Danish Patient Safety Culture Questionnarie -Error Orientation Questionnarie -Hospital Culture Questionnarie -**Hospital Survey on Patient Safety** -Hospital Survey on Patient Safety Culture -Manchester Patient Safety Assessment Framework -Nursing Unit Cultural Assessment Instrument -Patient Safety Climate in Aesthesia -Patient Safety Culture Questionnarie -Patient Safety Culture in Healthcare Organisations Survey -Safety Attitudes Questionnarie 73 -Safety Climate Assessment Tool -Safety Climate Scale -Safety Climate Survey -Stanford Safety Culture Instrument -Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire -Trainee Supplement Survey -TUKU – Safety Culture in Health Care Safety -Veterans Affairs Palo Alto / Stanford Patient Safety Center for Inquiry -Veterans Health Administration Patient Safety Culture Questionnarie -Vienna Safety Culture Questionnarie -World Alliance for Patient Safety Hand Hygiene Campaigns Healthcare – Units Survey on Patient Safety Culture
COLLA, 2005	09	-Strategies for Leadership: An Organizational approach to patient safety -Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations -Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire -**Hospital Survey on Patient Safety Culture** -Culture of Safety Survey -Safety Attitude Questionnaire -Safety Climate Survey -Medication Safety Self Assessment -Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey

Fonte: adaptado de Fassarella 2016, p. 72-73.

2.3.1 Hospital Survey on Patient Safety Culture

No presente estudo optou-se pela utilização do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), instrumento desenvolvido por duas pesquisadoras (SORRA; NIEVA, 2004) em parceria com a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Para elaboração do instrumento foi realizado uma revisão na literatura acerca de acidentes, erros de medicação, notificação de eventos, clima, organização e cultura de segurança. Assim, a partir dos dados obtidos na literatura foi formulado um questionário e realizado um teste piloto com mais de 1.400 funcionários em 21 hospitais dos Estados Unidos, após o teste piloto os dados foram reavaliados e validados em escalas de cultura de segurança, foram inclusos no HSOPSC somente os itens e escalas melhores avaliados em testes psicométricos confiáveis (AHRQ, 2004).

Em estudos (FLIN et al., 2006; EIRAS et al., 2011) foi comparado instrumentos que avaliam a cultura de segurança e em ambos os estudos é apontado que o HSOPSC apresentou os melhores resultados em avaliações psicométricas, por apresentar suas dimensões bem estruturadas e com um quantitativo de itens que permite um diagnóstico mais preciso e abrangente no contexto hospitalar. Além disso, o HSOPSC permite a realização de um diagnóstico situacional da cultura de segurança apontando fortalezas e pontos frágeis da instituição, podendo ser utilizado de forma mais acessível para a gestão na identificação de áreas de riscos e que precisam de investimentos.

A escolha do HSOPSC no presente estudo deu-se devido a livre disponibilidade do questionário, sua ampla utilização em diversos estudos pelo mundo, apoio da AHRQ para desenvolvimento de pesquisas utilizando o HSOPSC, possuir validação e análise transcultural brasileira.

No Brasil, em 2007, o questionário foi aplicado pela Sandra Denise de Oliveira Clinco em sua dissertação de mestrado na fundação Getúlio Vargas, para tal foi realizado a livre tradução pela autora, mantendo as mesmas questões e alternativas de respostas do questionário original, não havendo exclusão, como também, não houve inclusão de novas questões. Em 2012, foi realizado a adaptação transcultural da versão brasileira do HSOPSC pela Claudia Tartaglia Reis, a tradução foi realizada por dois tradutores brasileiros e após a aplicação do questionário para validação não foram necessários a exclusão de itens.

Assim, o HSOPSC É um instrumento no formato de questionário que apresenta livre disponibilidade sem ônus por via eletrônica, nele são estudadas as dimensões da cultura de

segurança que ocorre no âmbito das unidades e do hospital em si, podendo ser respondido por qualquer funcionário da instituição que tenha contato direto com o paciente ou não, contudo sua prática deve afetar diretamente o paciente (ex.: equipe da farmácia).

O HSOPSC apresenta distribuição multidimensional (12 dimensões), compostas por 42 itens, que se apresentam sob a forma de Escala de Likert, graduada em cinco níveis, desde discordo fortemente ou nunca (1) até concordo fortemente ou sempre (5). As questões na seção H são relacionadas ao participante e são numeradas de 1 a 6 e têm várias opções de respostas. Incluindo ainda, as seções E, G são consideradas como únicas: Grau de Segurança do Paciente e Número de Eventos Notificados nos últimos 12 meses, assim como, a pergunta pré-seções referente à categoria profissional. A última questão é aberta para ser respondida pelos participantes que se sentiram à vontade em realizar qualquer comentário sobre segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos.

Para melhor compreensão dos questionários e como são dispostas e distribuídas às dimensões estudadas, são apresentados os seguintes conceitos, conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Níveis, dimensões e conceito da cultura de segurança mensuráveis pelo HSOPSC

Dimensão	Conceito	Item
Dimensão 1:Trabalho em equipe na unidade de atuação	Trabalho em equipe no âmbito das unidades	A1, A3, A4, A11
Dimensão 2: Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	A equipe é elogiada quando as tarefas desempenhadas estão de acordo com os procedimentos que promovam a segurança do paciente, os trabalhadores participam na melhoria da segurança do paciente	B1, B2, B3R, B4R
Dimensão 3: Aprendizado organizacional– Melhoria contínua	A instituição promove ações para melhorar a segurança do paciente, a partir dos incidentes implementando mudanças positivas, sendo monitoradas e gerenciadas	A6, A9, A13
Dimensão 4: Apoio da gestão para a segurança do paciente	A gestão hospitalar tem como prioridade a segurança do paciente e propicia um clima de trabalho que favoreça ações para a segurança do paciente	F1, F8, F9R
Dimensão 5: Percepções geral da segurança do paciente	Não existem lacunas nos processos e sistemas que favoreçam a ocorrência de incidentes, não existem problemas quanto à segurança do paciente	A10 R, A15, A17R, A18
Dimensão 6: Retorno da informação e comunicação sobre erros	Os profissionais recebem informações sobre os incidentes que ocorrem em sua unidade de trabalho, discutem sobre estes e ocorre o *feeback* de informações sobre as mudanças implantadas para prevenir novos erros	C1, C3, C5
Dimensão 7: Abertura para as comunicações	Trabalhadores conversam sem censura ao verem algo que afete negativamente o cuidado do paciente e se sentem à vontade para questionar as decisões ou as ações das chefias, sem receios de perguntarem, quando algo parece estar errado	C2, C4, C6R

Dimensão 8: Frequência de eventos reportados	Há a notificação de eventos ocorridos nas unidades	D1, D2, D3
Dimensão 9: Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	Há ajuda mútua entre as unidades do hospital para oferecer assistência com menor risco ao paciente	F2R, F4, F6R, F10
Dimensão 10: Adequação de profissionais	O dimensionamento de recursos humanos é adequado às competências desenvolvidas por cada membro da equipe não havendo necessidade de trabalhar maisdo que o que seria desejável para o cuidado do paciente	A2, A5R, A7R, A14R
Dimensão 11: Passagem de plantão/transferência de pacientes	Nas transferências do paciente entre as unidades do hospital e nas passagens de plantão há informações claras dos fatos ocorridos com os pacientes	F3R, F5R, F7R, F11R
Dimensão 12: Respostas não punitiva aos erros	Os profissionais consideram que seus erros não são usados contra eles e que ao reportarem o evento, o importante é o que ocasionou e não quem	A8R, A12R, A16R

Fonte: Elaborado a partir de tradução livre do *SOPS™ Hospital Survey Items and Composites*. R refere a itens redigidos de forma negativa.

2.4 Processo de acreditação hospitalar e a segurança do paciente

No Brasil, as primeiras ações significativas voltadas para a qualidade dos serviços de saúde ocorreram na década de 90 com a introdução de novos padrões para avaliação pela Organização Pan-Americana de Saúde. O termo acreditação é de entrada recente nos dicionários brasileiros, sendo definida segundo o dicionário online Caldas Aulete como "*Ação ou resultado de acreditar, de atestar oficialmente a boa qualidade de algo, a competência técnica, a conformidade com um conjunto de requisitos previamente estabelecidos: certificado de acreditação*".

A acreditação hospitalar é um método de avaliação voluntário, periódico e reservado que busca a qualidade da assistência a partir de padrões previamente estabelecidos. A acreditação não é um órgão de fiscalização e nem de habilitação, mas um programa de educação continuada.

As organizações prestadoras de serviços de saúde que buscam à acreditação segundo a ONA (2010) revelam responsabilidade e comprometimento com a segurança, com a ética profissional, com os procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento ao paciente. O selo de acreditação denota que determinada organização apresenta uma qualificação evidenciada, ao mesmo que tempo que sinaliza para clientes internos, externos e

para a comunidade em geral, que alcançou um padrão de gestão e da assistência externamente reconhecimentos.

No Brasil, estima-se que menos que 5% dos hospitais possuam o certificado de acreditação, é um número restrito em relação ao total de hospitais existentes (6.742 hospitais). No país a acreditação pode ocorrer de forma nacional e internacional e o selo é fornecido por uma das quatro empresas acreditadoras de organizações de saúde, conforme Quadro 6.

Quadro 6 – Modelos de acreditação vigentes no Brasil

Instituição	Abrangência dos padrões	Níveis de acreditação	Validade dos selos de acreditação	Aplicação
Organização Nacional de Acreditação (ONA)	Nacional	Acreditação com níveis: Nível 1 – Acreditado Nível 2 – Acreditado Pleno Nível 3 – Acreditado em Excelência	Nível 1 – 2 anos Nível 2 – 2 anos Nível 3 – 3 anos	Por meio de instituições credenciadas como acreditadoras
Joint Commission International (JCI)	Internacional	Acreditado (sem níveis)	3 anos	Por meio de acordo com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)
Accreditation Canada	Internacional	Acreditação com níveis: Gold (Ouro) Platinum (Platina) Diamond (Diamante)	3 anos	Por meio de *Joint venture* com o Instituto Qualisa de Gestão (IQG)
***National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO)**	Internacional	Acreditado (sem níveis) Tem como pré-requisitos a certificação IS0 9000 e a Acreditação ONA Nível 3	3 anos	Por meio da associação com a empresa *Det Norske Veritas* (DNV)

Fonte: Costa Junior (2015, p. 62)

Os padrões[4] de qualidade previamente definidos são apresentados nos manuais das instituições acreditadoras e agrupados de acordo com a estrutura das organizações de saúde. Como o hospital acreditado deste estudo é certificado pela Organização Nacional de

[4] No campo da acreditação é uma declaração que define as expectativas de desempenho, estruturas e processos que devem estar implementados para que uma organização forneça cuidados, tratamentos e serviços de elevada qualidade

Acreditação (ONA), devido a isso, somente será levantado os padrões apresentados no manual da ONA.

A ONA foi fundada em 1999 e desde então coordena o Sistema Brasileiro de Acreditação, que reúne organizações e serviços de saúde, entidades e instituições acreditadoras em prol da segurança do paciente e da melhoria do atendimento. A ONA é responsável pelo maior número de acreditações hospitalares no país (258 dos 333 hospitais acreditados[5]). Os selos dividem-se em 3 níveis sendo concedido de acordo com o cumprimento dos pré-requisitos de cada nível e do nível (is) anterior (es), conforme Quadro 7.

Quadro 7 – Padrões e seu esclarecimentos conforme níveis do selo de acreditação da ONA

Nível	Padrão	Requisitos do Padrão
Nível 1 – Princípio: Segurança	Atende aos requisitos formais técnicos e de estrutura; executa as atividades proporcionando a segurança do paciente/cliente, conforme o perfil e porte da organização	▪ Profissionais com capacitação compatível, dimensionados à complexidade e perfil da organização ▪ Condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades, considerando o perfil do serviço ▪ Critérios e procedimentos de segurança para a utilização e manuseio de materiais, produtos, equipamentos e serviços. ▪ Gerencia o fluxo e a demanda do serviço; ▪ Comunicação efetiva entre as áreas ▪ Sistemas de informação com registros atualizados; ▪ Mecanismos de validação dos procedimentos de rastreabilidade da informação ▪ Define planos de contingências ▪ Assegura a qualificação dos fornecedores críticos; ▪ Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo, se aplicável, a calibração; ▪ Cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção, se aplicável; ▪ Sistema de notificação e gerenciamento de eventos sentinela; ▪ Gerencia os resíduos; ▪ Gerencia riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil
Nível 2 – Principio: gestão integrada	Gerencia as interações entre os fornecedores e clientes; estabelece sistemática de medição do processo avaliando sua efetividade; promove ações de melhoria e aprendizado	▪ Identifica fornecedores e clientes e sua interação sistêmica; ▪ Formaliza a interação dos processos entre cliente e fornecedores; ▪ Gerenciai a interação entre os processos e sua melhoria; ▪ Evidencia a efetiva utilização do conhecimento e das habilidades, na execução das atividades dos processos ▪ Evidencia o impacto no processo decorrente das ações de aprendizado; ▪ Dispõe de sistemática de medição e avaliação da efetividade do processo; ▪ Promove ações de melhoria e a minimização de riscos; ▪ Evidencia o impacto e efetividade do gerenciamento de riscos

[5] De acordo com dados do site da ONA, JCI, IQC e NIAHO

Nível	Padrão	Requisitos do Padrão
Nível 3 – Princípio: excelência em gestão	Desempenho dos processos alinhados e correlacionados às estratégicas da organização; os resultados apresentam evolução de desempenho e tendência favorável; evidencias de melhorias e inovações decorrentes do processo de análise crítica, assegurando o comprometimento com a excelência	▪ Indicadores alinhados e correlacionados às estratégicas da organização ▪ Resultados apresentam informações integras e atualizadas ▪ Estabelece uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão; ▪ Apresenta evolução de desempenho e tendência dos indicadores de resultado global; ▪ Realiza análise críticas sistemáticas com evidencias de ações de melhoria e inovações; ▪ Apresenta tendência favorável de desempenho de resultados; ▪ Identifica oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais (comparação referencial externo aplicável), com evidências de resultados positivos

Fonte: Elaborado a partir do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ONA 2010)

A dimensão de segurança do paciente ocupa lugar de destaque nos padrões para acreditação hospitalar. Segundo Costa e Costa (2013) a acreditação pode ser utilizada como um instrumento que organiza as ações de gerenciamento/gestão a partir de objetivos concretos, expressos pelos padrões estabelecidos nos manuais. Apesar de ainda não haver estudos científicos que fundamentem o impacto da acreditação nas organizações de saúde, percebe-se que as organizações que buscam os selos procuram melhorar seus processos gerenciais e objetivam benefícios e impactos na melhoria de seus serviços.

2.5 Profissionais de enfermagem com foco na qualidade e segurança do paciente

As organizações de saúde fornecem serviços à população e para isso é preciso uma equipe multiprofissional capacitada que com seus saberes específicos contemplem as necessidades do paciente de forma coletiva e/ou individual. Em busca de melhorar a qualidade e a segurança na assistência são necessárias mudanças na gestão e depois expandi-las para o alcance dos demais profissionais. Quanto maior for o desejo de mudanças e boa comunicação na organização menores serão os obstáculos que serão encontrados durante o caminho da melhoria contínua.

O *Canadian Patient Safety Institute* e o *The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* elaboraram o documento *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across*

the Health Professions que traz um modelo que indica os conhecimentos, habilidade e atitudes a serem desenvolvidos na formação e aperfeiçoamento de todos os profissionais de saúde, conforme Quadro 8. A finalidade desse documento é promover a cultura de segurança do paciente

Quadro 8 – Domínios do *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*

Domínio	**Definição**
Domínio 1 – contribuição para a cultura de segurança do paciente	O profissional da saúde contribui para a cultura de segurança do paciente, assumindo o compromisso de aplicar diariamente no seu trabalho os conhecimentos, habilidades e atitudes básicas de segurança
Domínio 2 – trabalhar em equipe para segurança do paciente	Realiza seu trabalho junto com equipes, de modo interdisciplinar, buscando maximizar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado
Domínio 3 – comunicação efetiva para a segurança do paciente	Utiliza comunicação efetiva
Domínio 4 – Manejo dos riscos à segurança	Maneja os riscos à segurança, antecipando reconhecendo e manejando adequadamente situações que colocam o paciente em risco
Domínio 5 – Otimização dos fatores humanos e ambientais	Maneja a relação entre as características individuais e ambientais de modo a otimizar a segurança do paciente
Domínio 6 – Reconhecer, responder e evitar eventos adversos	Reconhece a ocorrência de um evento adverso ou de um incidente que não chegou a atingir o paciente e responde efetivamente para reduzir o dano, assegurar a revelação e prevenir a repetição

Fonte: Elaborado a partir de livre tradução do *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions* (2008)

Em um hospital, a equipe multiprofissional por vezes é formada por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, nutricionistas, biomédicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores físicos, dentistas e assistentes sociais, que atuam de forma integrada, para garantir o melhor atendimento ao paciente.

Segundo a OMS (2008) o contexto da atenção à saúde agrega inúmeras questões culturais, principalmente no ambiente hospitalar, que podem interferir na segurança do paciente como: hierarquização dos cargos, enfoque centrado na doença, falhas individuais, punição dos profissionais, ocultação das falhas assistenciais, práticas inadequadas ou ultrapassadas, entre outras. Esse cenário, é um tanto quanto problemático uma vez que nas organizações de saúde é necessário o trabalho em equipe.

Diversos estudos tratam da relação fatores que são obstáculos para a segurança do paciente, sendo eles: o corporativismo, a sobrecarga de trabalho, os recursos materiais insuficientes, a escassa protocolização e ausência de liderança, a pressão assistencial e tempo, a falta de incentivos e motivação, a ausência de treinamentos em segurança, a má comunicação

(GONZÁLEZ; MONTORO; QUES, 2010; FIGUEIREIDO et al., 2014). Devido a isso, é um desafio para gestores agrupar profissionais com o intuito de melhorar a qualidade e a segurança dos serviços prestados, devido ao fato que primeiramente necessita melhorar as condições e processos que envolvam os profissionais de saúde.

Segundo Figueiredo (2014) e Costa Junior (2015) os profissionais de saúde devem estar envolvidos na incorporação de boas práticas na assistência direta e/ou indireta e a identificação das barreiras e oportunidades encontradas para promover a segurança na instituição. Através da participação de grupos de trabalho, treinamentos e eventos produzidos pela organização, assim como, colocar em prática o que foi aprendido, notificar a ocorrência de eventos adversos e buscar o *feeback* do ocorrido.

Com o intuito de promover a cultura de segurança do paciente no Brasil a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) publicou em *Estratégias para a Segurança do Paciente: Manual para Profissionais da Saúde*. Nesse manual são propostas 12 estratégias básicas que vão de encontro com as Metas Internacionais e amplia-as, conforme quadro 9.

Quadro 9 – Relação entre as Estratégias da REBRAENSP e as Metas Internacionais de Segurança do Paciente da OMS

Estratégias	**Metas de Internacionais de Segurança do paciente**
Estratégia 1 – Higienização das mãos	Meta 5 – Higienização as mãos para evitar infecções
Estratégia 2 – Identificação dos pacientes	Meta 1 – Identificar os pacientes corretamente
Estratégia 3 – Comunicação efetiva	Meta 2 – Melhorar a comunicação entre os profissionais de Saúde
Estratégia 4 – Prevenção de quedas	Meta 6 – Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão
Estratégia 5 – Prevenção de úlcera por pressão	
Estratégia 6 – Administração segura de medicamentos	Meta 3 – Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração medicamentos
Estratégia 7 – Uso seguro de dispositivos intravenosos	
Estratégia 8 – Procedimentos cirúrgicos seguros	Meta 4 - Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos
Estratégia 9 – Administração segura de sangue e hemocomponentes	Meta 3 – Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração medicamentos

Estratégias	Metas de Internacionais de Segurança do paciente
Estratégia 10 – Utilização segura de equipamentos	-----
Estratégia 11 – Pacientes parceiros na segurança do paciente	-----
Estratégia 12 – Formação dos profissionais de saúde para o cuidado seguro	-----

Fonte: elaborado a partir do Manual da REBRAENSP (2013) e das Metas Internacionais de Segurança do Paciente estabelecidas pela OMS

A qualidade da atenção à saúde resulta do trabalho de grupos, a ação isolada de pessoas não é suficiente. A ciência da segurança implica conhecimento sobre trabalho em equipe, utilização de informações e da tecnologia da informação, aferição da qualidade e comunicação com pacientes sobre o erro. Falhas na comunicação e relações de trabalho insatisfatórias são fatores marcantes na maioria dos eventos adversos. É preciso expor claramente a influência da colaboração na melhora do trabalho em equipe e, em consequência, na segurança do paciente.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Com a finalidade de desenvolver o presente estudo e atingir os objetivos propostos, neste momento, serão apresentados o desenho do estudo, o cenário e os participantes, o instrumento de coleta de dados e como foi analisado os dados, assim como os aspectos éticos que envolvem as pesquisam que lidam com seres humanos.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso com levantamento do tipo survey, no qual, foi analisado a cultura de segurança do paciente de um hospital filantrópico acreditado.

O estudo de caso é um método de pesquisa estruturado, esse pode ser utilizado em distintas situações para o entendimento dos fenômenos individuais ou grupais. Segundo Yin 2010 o estudo de caso é uma pesquisa empírica, que investiga fenômenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real, utilizado especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto são poucos evidentes. Atribui-lhe o objetivo de explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenômeno. Ainda que os estudos de caso sejam, em essência, pesquisa de caráter qualitativo, podem comportar dados quantitativos para aclarar algum aspecto da questão investigada.

A pesquisa survey pode ser descrita como a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente um questionário. Como principais características do método de pesquisa survey podem ser citados: o interesse é produzir descrições quantitativas de uma população e faz uso de um instrumento predefinido (FREITAS et al. 2000).

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital de médio porte com 140 leitos operacionais, sendo 30 leitos de alta complexidade e 110 de baixa/média complexidade, localizado na zona

sul do município do Rio de Janeiro. O hospital é caracterizado como um hospital geral, filantrópico, acreditado que faz parte de uma rede de 06 hospitais brasileiros, a unidade em questão apresenta-se como uma unidade de ensino em virtude da oferta de residências médicas e de enfermagem.

O foco de atendimento do hospital em estudo é cirurgias de alta complexidade, sendo as principais de grande porte como transplante hepático, cirurgia cardíaca e artroplatia de quadril. A estrutura física do hospital é dividida em setores, como: unidade de emergência, unidade de internação, centro de terapia intensiva, centro cirúrgico, setores de suporte diagnóstico (laboratórios, radiologia e hemodinâmica) e setores administrativos (comissões, núcleos e educação permanente). Assim, esses setores foram utilizados como cenário de estudo.

Ressalta-se que o hospital no início da coleta de dados era certificado pela ONA em Nível 2 e ao longo da coleta de dados ocorreu um novo processo de certificação e elevação de nível para a certificação em Nível 3.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes desse estudo foram os enfermeiros, residentes de enfermagem e técnicos de enfermagem que atuam no hospital filantrópico acreditado. A escolha da equipe de enfermagem nesse estudo justifica-se devido a representar o maior quantitativo de profissionais dentro de uma instituição hospitalar e apresentar atividade nas 24 horas de assistência ao paciente. Além disso, o profissional enfermeiro é integrante dos núcleos de segurança do paciente, qualidade e educação permanente, que são essenciais para a construção de uma cultura de segurança do paciente.

A instituição do estudo demonstrou interesse em avaliar a cultura de segurança do paciente, permitindo livre acesso da pesquisadora e auxilio de gestores na coleta de dados contribuindo de forma significativa para adesão dos profissionais ao preenchimento do questionário.

Assim, participaram dessa pesquisa 125 profissionais, sendo 35 enfermeiros, 80 técnicos de enfermagem e 10 residentes de enfermagem. A participação na pesquisa foi voluntária e seguiu o seguinte critério de inclusão ser profissional de enfermagem e de exclusão profissionais em férias, em licença, e/ou atestado médico; instrumentos preenchidos em menos da metade e/ou desistência do consentimento.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período entre janeiro a junho de 2018 com visita semanal a todos os setores do hospital, essa sendo realizada durante o horário laboral da equipe de enfermagem, mediante concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em dezembro de 2017 foi realizado uma reunião com os gestores e líderes de enfermagem da instituição com o intuito de apresentar o estudo a ser realizado, os benefícios que trariam ao avaliar a cultura de segurança do paciente da instituição, sensibilização da equipe e planejamento de como ocorreria a coleta de dados.

Assim, ficou estabelecido que a coleta de dados ocorreria sob a supervisão de um enfermeiro supervisor ou rotina da instituição, foi utilizado o questionário HSOPSC na forma impressa entregues juntamente com o TCLE. Em todos os setores do hospital foram explanados os objetivos da pesquisa e sensibilização do profissional à adesão do preenchimento, assim foi fornecido o questionário em mãos a cada profissional e orientado a após o preenchimento colocasse dentro de uma pasta lacrada deixada em cada unidade. O recolhimento dos questionários era realizado com frequência pelos enfermeiros supervisores ou rotinas de cada unidade ou pela pesquisadora.

3.5 Análise dos dados

A AHRQ com o intuito de padronizar os resultados dos estudos que utilizam o HSOPSC incentiva a utilização de uma ferramenta criada por eles para auxiliar na avaliação dos dados, que é uma planilha do Excel da Microsoft® dinâmica (Anexo B). Essa ferramenta é protegida e gera os resultados automaticamente, que não podem ser alterados, conforme os dados são inseridos em campos pré-determinados. Os resultados fornecidos pela planilha dividem-se em potencial para melhoria e pontos fortes da organização, com a finalidade de destacar os pontos positivos e negativos da instituição, expondo o que tem que ser melhorado e o que deve ser mantido.

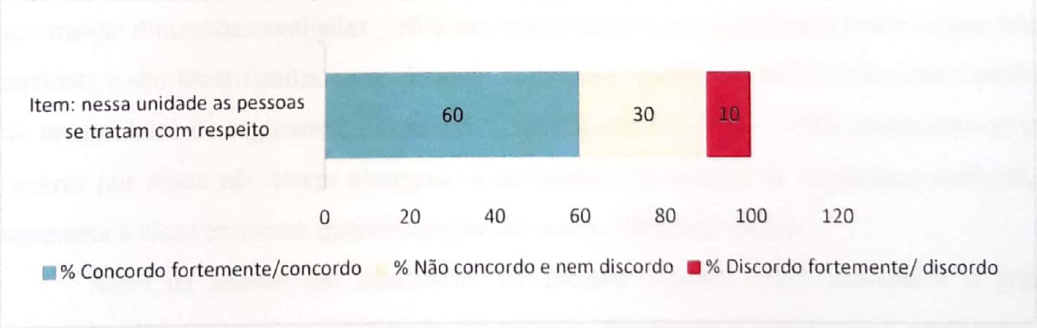
Foi enviado um e-mail para a AHRQ solicitando o uso da ferramenta (Anexo C), como resposta, a utilização é feita de forma gratuita e pode ser utilizada por diferentes tipos de

pesquisadores de hospitais, universidades, grupos, entre outros. Foi solicitado pelo representante da AHRQ o retorno dos dados da pesquisa e o contato da pesquisadora para outros usuários interessados possam ter acesso, com o intuito de enriquecer o conhecimento sobre cultura de segurança do paciente internacionalmente. Desse modo, os dados foram armazenados em banco eletrônico (Programa Excel da Microsoft®), posteriormente foi realizado o agrupamento das dimensões através da ferramenta fornecida pela AHRQ.

Para análise dos dados considerou-se questionários válidos utilizando critérios adotados pela AHRQ que define como questionário completo aquele que tem todos ou pelo menos a maior parte dos itens respondidos, sendo necessário que não haja seções sem serem respondidas ou que apresentem a mesma resposta em todos os itens.

As dimensões do HSOPSC são respondidas através de uma escala Likert graduada em cinco níveis, desde discordo fortemente ou nunca (1) até concordo fortemente ou sempre (5), o ponto na escala assinalado permite a avaliação do item com três resultados distintos, sendo eles: positivo, neutro ou negativo, melhor exemplificado no quadro e na figura 3 a seguir.

Figura 3 – Exemplo de display de gráfico de frequência de resposta ao item do HSOPSC



Quadro 10 – Seção e conceito utilizados para análise dos dados do HSOPSC

Seção	Conceito
Positivo	Percentual de respostas que foram classificadas em: ▪ 4 ou 5 (Concordo / Concordo fortemente ou na maioria das vezes / sempre) para perguntas formuladas de forma positiva ▪ 1 ou 2 (Discordo / Discordo fortemente ou raramente / nunca) para perguntas formuladas de forma negativa
Neutro	Percentual de respostas que foram classificadas em 3 (Nem ou às vezes) para qualquer pergunta
Negativo	Percentual de respostas que foram classificadas em: ▪ 1 ou 2 (Discordo / Discordo fortemente ou raramente / nunca) para as perguntas formuladas de forma positiva ▪ 4 ou 5 (Concordo / Concordo fortemente ou na maioria das vezes / sempre) para perguntas formuladas de forma negativa

Fonte: elaborado a partir de tradução livre da *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*

Para critério de análise dos dados as dimensões são classificadas de acordo com a frequência dos itens que a compõem, utilizando seguinte cálculo % de respostas positivas da dimensão X = [n° de respostas positivas aos itens da dimensão X/n° total de respostas válidas aos itens da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo dados ausentes)] x 100.

Assim, para padronização dos resultados e análise dos dados utilizou-se critérios já encontrados na literatura para classificação de uma dimensão como forte, neutra ou frágil, utilizando-se da taxa de positividade da seguinte forma:

- Resultados ≥ 75% classificados como áreas fortes para a segurança do paciente
- Resultados entre > 50 e < 75% classificados como área neutra ou indefinida para a segurança do paciente
- Resultados ≤ 50% classificados como área frágil para a segurança do paciente

Vale ressaltar que as dimensões avaliadas ≥ 75% são classificadas como fortaleza para a segurança do paciente, já tendo sido consolidado naquela área maturidade na cultura de segurança; dimensões avaliadas ≤ 50% são classificadas como fragilidades para a segurança do paciente e são identificadas como áreas de riscos que devem ser modificadas para construção de uma cultura de segurança; dimensões avaliadas entre > 50 e < 75% apresentam-se como neutras por ainda não terem alcançado a maturidade da cultura de segurança, contudo, não apresenta o risco eminente quando comparado a uma dimensão frágil.

Além da análise das dimensões, no presente estudo foram analisados o grau de segurança do paciente e a notificação de eventos. Apesar de o questionário apresentar uma pergunta aberta direcionada para a registrarem comentários livres sobre a segurança do paciente, erros e notificações, optou-se nesse estudo em não realizar a analise referente a essa questão.

Assim os dados foram analisados utilizando a estatística descritiva simples com média e porcentagem das dimensões e representados através de tabelas e gráficos.

3.6 Aspectos éticos

No Brasil, a Resolução Conselho Nacional de Saúde n° 466, de 12 de dezembro de 2012, regula os aspectos éticos para a elaboração de pesquisas que envolvam seres humanos. Essa resolução leva em consideração o respeito pela dignidade humana e a proteção aos participantes das pesquisas; para isso toda pesquisa que utilize seres humanos deve ser realizada com o consentimento livre e esclarecido dos participantes, grupos ou indivíduos, sejam por si e/ou pelos seus representantes legais, apresentem autorização para que possam ser coletados os dados da pesquisa (BRASIL, 2013c).

Assim, foi autorizado pela direção do hospital para a realização da pesquisa (Apêndice C) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro sob 2.306.334 e CAAE 70961717.9.0000.5285. A anuência dos sujeitos foi mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Dos 125 questionários recolhidos todos foram considerados válidos, conforme os critérios já mencionados na metodologia.

A tabela 1 apresenta as principais características dos profissionais de enfermagem que participaram do estudo, as informações foram extraídas da seção H do questionário.

Tabela 1. Característica dos profissionais de enfermagem do hospital em estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018. N= 125.

Característica	Total	
	N	%
Cargo		
Enfermeira(o)	35	28
Enfermeira (o) residente	10	8
Técnica(o) de enfermagem	80	64
Sexo		
Feminino	100	80
Masculino	25	20
Setor de atuação		
Unidade de Internação	39	30
Unidade de Terapia Intensiva	31	25
Emergência	22	18
Centro Cirúrgico	23	19
Gestão	10	8
Tempo de vinculação com o hospital		
Menor que 1 ano	38	30
De 1 a 5 anos	52	42
De 6 a 10 anos	21	17
11 anos ou mais	14	11
Tempo que trabalha no setor de atuação		
Menor que 1 ano	57	46
De 1 a 5 anos	49	39
De 6 a 10 anos	13	10
Maior que 11 anos	6	5
Tempo de atividade laboral na profissão		
Menor que 1 ano	32	26
De 1 a 5 anos	49	39
De 6 a 10 anos	28	22
Maior que 11 anos	16	13
Tempo de horas trabalhadas por semana		
De 40 a 59 horas/semanais	115	92
De 60 a 79 horas/semanais*	10	8
Interação ou contato direto com o paciente		
Sim	115	92
Não	10	8

*Carga horária referente aos residentes em enfermagem.

Por intermédio da tabela 1 é possível realizar as seguintes considerações no hospital em estudo:

- Há predomínio do sexo feminino (n=100 – 80%);
- 64% (n=80) dos profissionais de enfermagem são profissionais com curso técnico
- 30% (n=39) dos profissionais atuam em unidade de internação, com leitos de baixa complexidade
- Há predomínio de profissionais com tempo de experiência profissional de até 05 anos (n= 81 – 65%).
- 72% (n= 90) dos profissionais apresentam até 05 anos de atuação no hospital
- 46% (n=57) dos profissionais apresentam até 01 ano de trabalho no setor de atuação

A Tabela 2 apresenta o percentual de respostas positivas, neutras e negativas de cada item da respectiva dimensão avaliada, além da média global de positividade da dimensão.

Tabela 2 - Resultados das 12 dimensões ao nível das unidades/serviços do hospital em estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

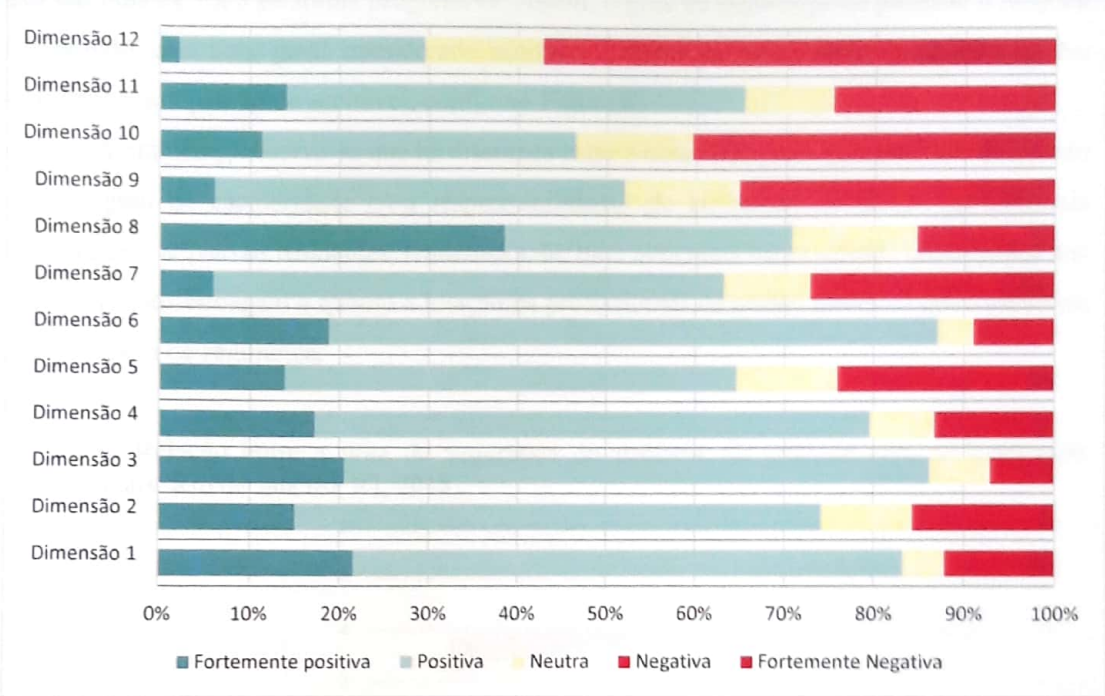
Dimensão e itens	% MP	% Positivo	% Neutro	%Negativo	% SR
1. Trabalho em equipe no âmbito das unidades					
A1		85	6	9	1
A3	83	89	4	6	1
A4		95	1	4	0
A11		63	7	30	2
2. Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes					
B1	74,25	73	8	19	0
B2		74	10	16	0
B3R		69	16	15	0
B4R		81	7	12	1
3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua					
A6	86	95	1	3	0
A9		78	13	9	2
A13		85	6	9	2
4. Apoio da gestão para a segurança do paciente					
F1	79,3	82	3	13	2
F8		82	8	10	0
F9R		74	9	17	1
5. Percepções gerais da segurança do paciente					
A10R	64,25	47	21	32	6
A15		72	3	23	2

Dimensão e itens	% MP	% Positivo	% Neutro	%Negativo	% SR
A17R		63	11	25	2
A18		75	9	16	3
6. Retorno da informação e comunicação sobre erros					
C1	87	81	3	15	1
C3		87	5	8	0
C5		93	2	3	2
7. Abertura para comunicação					
C2	63,3	65	9	26	2
C4		58	12	30	2
C6R		67	8	25	1
8. Frequência de relatórios de eventos					
D1	71	69	16	15	1
D2		69	16	16	2
D3		75	11	15	2
9. Trabalho em equipe entre as unidades					
F2R		65	11	23	1
F4	69	61	18	22	4
F6R		72	12	16	1
F10		78	11	10	0
10. Adequação de pessoal					
A2		50	1	47	2
A5R	46,5	22	16	62	2
A7R		66	18	16	1
A14R		48	15	37	2
11. Transferências internas e passagem de plantão					
F3R		61	13	26	2
F5R	65,5	61	7	32	2
F7R		54	14	32	0
F11R		86	6	9	0
12. Resposta não punitiva aos erros					
A8R	29,3	34	14	52	2
A12R		40	15	45	1
A16 R		14	11	75	2
TOTAL	68	68	9	22	1

Legenda: MP média de positividade da dimensão; SR sem resposta ao item; R Itens formulados negativamente; Cultura forte = respostas positivas ≥75%; Cultura frágil = respostas positivas ≤50%; Cultura neutra >50 e <75%

No hospital em estudo, foi evidenciado quatro dimensões classificadas como cultura forte, seis dimensões como cultura neutra e duas dimensões como cultura frágil, conforme ilustrado nas Figuras 4 e 5 a seguir.

Figura 4. Composição das respostas agrupadas por dimensão da cultura de segurança do HSOPSC. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.



Na Figura 4 é ilustrado que a área de força melhor avaliada foi a dimensão 6 (Retorno da informação e comunicação sobre erros) com 87% de positividade, enquanto que a área de fragilidade pior avaliada foi a Dimensão 12 (Resposta não punitiva aos erros) com 29,3% de positividade.

Figura 5 – Distribuição das dimensões de acordo com a classificação como forte, neutra ou frágil. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

Dimensão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Forte												
Neutra												
Frágil												

Legenda: Cultura forte = respostas positivas ≥75%; Cultura frágil = respostas positivas ≤50%; Cultura neutra >50 e <75%

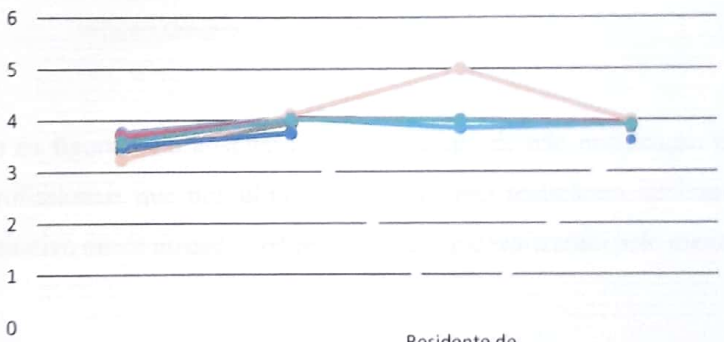
Observa-se pelas figuras 4 e 5 que o hospital em estudo apresenta predomínio de dimensões classificadas como cultura neutra e cultura forte. Ao observar os dados da Tabela X as dimensões classificadas como cultura neutra apresenta alta taxa de positividade em sua maioria em torno de 70% de positividade sendo a menor com 63,3% de positividade.

Em relação aos indicadores de segurança presente no questionário a Seção E referente ao grau de segurança do paciente, esse grau é classificado como excelente, muito bom,

aceitável, fraco e falho, com o intuito de dar valor numérico a esse dado qualitativo optou-se por dar nota de 1 a 5 de forma progressiva. Assim, o grau de segurança do paciente o hospital apresentou uma nota geral considerada aceitável (3,903), as notas dadas para as unidades mantem-se um padrão de aceitável, conforme Figura 6.

Além disso, observa-se que há diferença entre a nota dada pelos profissionais de acordo com o grau de escolaridade e/ou responsabilidades de atribuição de cargo, profissionais enfermeiros, exceto os residentes, tenderam a dar uma nota mais baixa quando comparados aos técnicos de enfermagem e quanto a lotação os profissionais de gestão foram os que atribuíram a menor nota de segurança.

Figura 6. Relação entre a nota de segurança do paciente da unidade com as categorias profissionais. Rio de Janeiro, RJ, 2018.

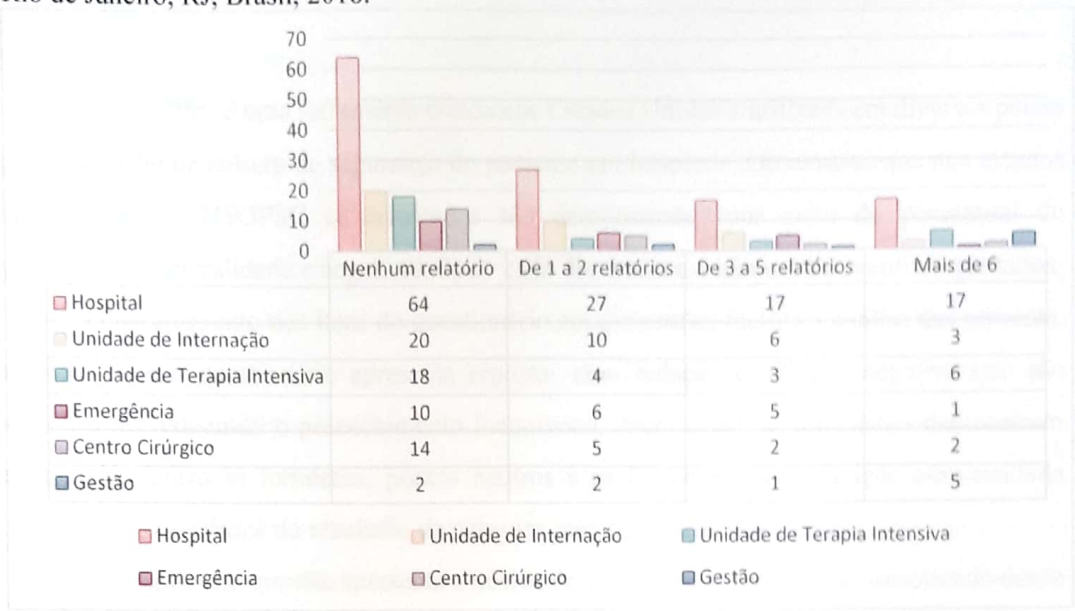


	Enfermeiro	Téc. Enfermagem	Residente de Enfermagem	Geral
Unidade de Internação	3.76	4.05	3.85	3.92
Unidade de Terapia Intensiva	3.71	4.04	4	3.96
Emergência	3.4	3.94		3.81
Centro Cirúrgico	3.25	4.11	5	4
Gestão	3.5	3.75		3.6
Hospital	3.6	4.02	4	3.903

Nota: Considera-se conceito Falho < 2; Fraco ≥ 2 e < 3; Aceitável ≥ 3 e < 4; Muito bom ≥ 4 e < 5 e Excelente = 5.

Na Figura 7 observa-se a distribuição do indicador que aborda o número de notificações de eventos adversos preenchidos e encaminhados nos últimos doze meses, pelos profissionais de enfermagem de acordo com o setor de lotação.

Figura 7. Relação entre o número de relatórios de eventos reportados e as unidades do hospital. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.



	Nenhum relatório	De 1 a 2 relatórios	De 3 a 5 relatórios	Mais de 6
Hospital	64	27	17	17
Unidade de Internação	20	10	6	3
Unidade de Terapia Intensiva	18	4	3	6
Emergência	10	6	5	1
Centro Cirúrgico	14	5	2	2
Gestão	2	2	1	5

Conforme observado na figura 7 no hospital há o predomínio de não notificação de eventos apresentando 64 profissionais que nos últimos 12 meses não realizaram nenhuma notificação, sendo esse quantitativo maior do que os 61 profissionais que realizaram pelo menos uma notificação de eventos.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

O HSOPSC é uma ferramenta criada nos Estados Unidos e utilizada em diversos países para avaliação da cultura de segurança do paciente em hospitais. Observa-se que nos estudos que utilizam o HSOPSC os resultados são demonstrados por meio do percentual de positividade, neutralidade e negatividade de cada dimensão e o número de eventos reportados.

O agrupamento dos itens do questionário em dimensões facilita a análise das repostas, uma vez que o questionário apresenta repostas com redação positiva e negativa que são semelhantes reduzindo o preenchimento inequívoco. Além disso, as dimensões demonstram com mais clareza as fortalezas, pontos neutros e as fraquezas da instituição e/ou unidade auxiliando no *feedback* do resultado da pesquisa para as instituições.

O hospital em questão apresenta o núcleo de segurança do paciente já consolidado desde 2013 com publicação da Resolução da Diretoria Colegiada n° 36 que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, incluso a criação do núcleo de segurança do paciente. Assim, no hospital foram padronizadas medidas de segurança e início da construção de uma cultura voltada para a segurança do paciente. Além disso, destaca-se que a gestão hospitalar buscou o processo de acreditação hospitalar tendo em 3 anos realizado 3 avaliações e alcançando o nível máximo de certificação pela ONA.

Tais fatores contribuíram para a formação da atual cultura de segurança presente no hospital e que é evidenciada por uma alta taxa de positividade nas dimensões, apresentando quatro áreas de força, seis áreas neutras e duas áreas de fragilidade, diferenciando-se do encontrado na literatura uma vez que apresenta taxa de positividade acima da média observada em estudos que utilizam o HSOPSC (SILVA; ROSA, 2016; NETTO; SILVERINO, 2016; SILVA; PENHA, 2017).

Assim, para melhor entendimento de como os dados serão analisados primeiramente será realizado a caracterização da equipe de enfermagem, posteriormente analisados as dimensões sendo agrupadas aquelas que representam uma cultura forte e cultura frágil, além dos indicadores de segurança, como: notificação de eventos e grau de segurança do paciente.

5.1 Caracterização da equipe de enfermagem

No Brasil, segundo a Lei n° 7.498/86 são reconhecidos como componente da equipe de enfermagem o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira, respeitando os respectivos graus de habilitação. A população do estudo foi composta pela equipe de enfermagem pertencente ao quadro de funcionários do hospital, sendo esses exclusivamente enfermeiros, enfermeiros residentes e técnicos de enfermagem.

No hospital em estudo é realizado a residência de enfermagem nos moldes da residência de medicina com o objetivo de promoção do processo de ensino-aprendizagem dos profissionais de enfermagem, a nível de pós-graduação *latu sensu*. O programa de residência do hospital é em conjunto com uma faculdade de enfermagem da Bahia que apresenta vínculo com essa rede de hospitais filantrópicos.

A participação dos residentes em enfermagem na pesquisa foi devido a considerar que eles atuam nas unidades diariamente e participam dos processos para melhoria do hospital, além disso parte do corpo de enfermeiros é de egressos da residência de enfermagem, uma vez que os gestores da instituição realizam a capacitação ativa dos egressos.

A equipe de enfermagem no hospital estudo apresenta dois tipos de escalas de trabalho, a escala de plantão 12x36 (12 horas de trabalho para 36 horas de descanso) e diarista (8 horas de trabalho em dias úteis). Nas unidades/setores há sempre um enfermeiro plantonista, quantitativo de técnicos que variam de acordo com o número de leitos nível de dependência do paciente (conforme escala de Fugulin e dimensionamento preconizado pelo Cofen), um enfermeiro rotina, um enfermeiro supervisor por setor (ex. supervisor das unidades de internação).

Observa-se que a população do estudo tem predomínio de mulheres (80%) e com até cinco anos de formação (65%), o que vai de encontro ao o demonstrado em uma pesquisa de perfil da Enfermagem no Brasil realizada em 2013 pela Fiocruz/Cofen, o qual, no Brasil, 85% da equipe de enfermagem é do sexo feminino e 30% dos profissionais apresentam até cinco anos de formação. Nessa mesma pesquisa foi levantada que 66,7% dos profissionais alegaram dificuldades na inserção no mercado de trabalho sendo o maior quantitativo de respostas referentes a falta de experiência profissional.

Em relação a alocação dos profissionais a unidade de internação (paciente de clínica médica e cirúrgica) apresentaram a maior predominância (30%) seguido a unidade de terapia intensiva (UTI) (25%), tal achado é semelhante ao encontrado em outros estudos, em especial as UTIs que representam o maior cenário de estudos (ERLER et al., 2013; e RAFTOPOULOS, PAVLAKIS, 2013).

O menor quantitativo de alocação foi encontrado nos setores de gestão, tal achado não deve ser interpretado como uma baixa adesão dos gestores ao estudo, mas sim por serem setores que apresentam estruturalmente em seu quadro profissional um menor quantitativo de funcionários.

Observa-se que 72% do quadro de funcionários apresentam até um ano de vínculo empregatício com o hospital, o que demonstra um quadro de funcionários recém-contratados. O tempo de serviço é essencial para conhecer a cultura organizacional, a sua missão, valores e visão institucional. Um estudo realizado sobre maturidade da cultura de segurança demonstrou que o tempo de trabalho apresenta influência na cultura de segurança da instituição. Conforme aumentava o tempo de trabalho na instituição melhor era o nível de maturidade sustentável.

Com relação à interação com os pacientes, 92% apresentam contato direto com o paciente. Esse resultado é comum em estudos que utilizam a equipe de enfermagem devido as características inerentes da profissão. Segundo Peduzi e Anselmi (2004), o núcleo duro do processo de trabalho de enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem é o cuidado de enfermagem tanto na dimensão técnica como da comunicação e interação com os usuários e para tanto o contato direto com o paciente é fundamental para promoção do cuidado.

5.2 Cultura forte: fortalezas percebidas pela equipe de enfermagem

Considerando que a cultura organizacional se refere às crenças e valores da organização e influencia diretamente nas atitudes e comportamentos dos profissionais dentro de uma instituição, o desenvolvimento de fortalezas é essencial para o alcance de uma cultura de segurança.

Conforme resultados do estudo, o hospital em questão apresentou quatro dimensões classificadas como cultura forte, sendo elas: Trabalho em equipe no âmbito das unidades (83%), Aprendizado organizacional – melhoria contínua (86%), Apoio da gestão para a segurança do paciente (79,3%) e Retorno da informação e comunicação sobre erros (87%). Observa-se que todas as dimensões avaliadas como fortalezas apresentam em comum aspectos relacionados a organização estrutural do hospital estudado.

Como já abordado, o hospital durante o estudo passou por três avaliações periódicas da ONA, assim, sugere-se que houve a necessidade de mudanças para adequação ao proposto pela certificadora. O nível 3 da ONA segue o princípio de excelência em gestão, o qual os processos

devem estar alinhados e correlacionados às estratégias da organização e os resultados apresentam evolução de desempenho e tendência favorável, além de evidências de melhorias e inovações decorrentes do processo de análise crítica, assegurando o comprometimento com a excelência (ONA, 2014).

Segundo Mendes (2014), ilustrado na Figura 2, a maturidade a cultura de segurança a gestão é primordial para o desenvolvimento da cultura institucional e conforme há melhoras dos processos há um aumento da confiança e responsabilidade e todos os funcionários da instituição participam de forma ativa, uma vez que a segurança é inerente ao negócio.

5.2.1 Trabalho em equipe no âmbito das unidades

A dimensão foi a terceira melhor avaliada apresentando 83% de taxa de positividade, sendo uma área de força. Trabalho em equipe no âmbito das unidades refere-se ao trabalho e envolvimento dos profissionais na unidade de atuação.

Segundo Souza et. al 2016, o trabalho em equipe interprofissional colaborativo é considerado fundamental para a qualidade da atenção à saúde, segurança e satisfação de paciente e profissionais, no âmbito da enfermagem os estudos que abordam a temática tratam acerca da diminuição da fragmentação do cuidado e os problemas da falta de pessoal. Na enfermagem há diferentes tipos de categoriais profissionais, assim, independentemente do ambiente de trabalho dentro da esfera da enfermagem sempre haverá a necessidade de trabalho em equipe.

No ambiente hospitalar, normalmente, uma equipe de enfermagem é composta pelo profissional enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, existindo uma hierarquia de acordo com nível de escolaridade. Entende-se que trabalhar em equipe é o meio mais adequado para obtenção de melhores resultados, uma vez que une habilidades e forças individuais para o coletivo, contudo, o trabalho em equipe é complexo. Segundo Navarro e Guimarães 2013 é relevante reconhecer que os indivíduos não escolhem arbitrariamente viver ou trabalhar juntos, mas formam novos agrupamentos diante de cada situação que se apresenta, sendo que sempre trazem consigo suas representações e vivências anteriores

Na dimensão 1 o único item que foi avaliado como neutro ao invés de positivo foi o *A11 – Quando uma área desta unidade fica com sobrecarga de trabalham outras ajudam* com 63% de positividade. Como visto anteriormente, a enfermagem por ser uma profissão

majoritariamente formada por equipes apresenta sua divisão de trabalho entre os integrantes da mesma, essa divisão varia de acordo com a especificidade do ambiente de trabalho, seja pela divisão de números de pacientes por técnico de enfermagem, cuidados assistenciais, realização de medicação entre outros.

Um estudo realizado sobre situações de conflitos no ambiente de enfermagem sobre a ótica de técnicos e auxiliares de enfermagem abordam justamente essa temática, destaca-se nesse estudo categorias que enfatizam a fragilidade e dificuldades em trabalhar em equipe pelo fator humano, como: falta de cooperação entre os técnicos e auxiliares para ajudar no trabalho; Divergências de opiniões e condutas para exercer o trabalho; Falta de informação e diálogo entre os profissionais e Presença de fofoca no ambiente de trabalho (SPAGNOL, 2010)

Na perspectiva de segurança do paciente, o ambiente de saúde não deve ser um de competição entre profissionais, mas sim cooperação, o trabalho em equipe é pilar fundamental para o alcance de resultados. Uma equipe que não esteja trabalhando de forma eficaz, multiplica as possibilidades de incidente, cabe ao gestor e líderes de equipes inibir a competição ou transformá-la em estímulo para a melhoria contínua.

5.2.2 Aprendizado organizacional – melhoria contínua

A referida dimensão foi a segunda melhor avaliada apresentando 86% de positividade, sendo uma área de força. A dimensão refere-se aprender com erros cometidos e implementação de estratégias para melhorar a segurança do paciente.

A melhoria de processos é uma necessidade presente na rotina das organizações, constantemente há o incremento de novas tecnologias e necessidades de mudanças, contudo esse processo pode ocorrer de forma estruturado ou não. Segundo Gonzalez e Martins 2011 para que os indivíduos se comprometam e as ações de melhorias ocorram de forma coordenada entre os indivíduos de uma organização é necessário o desenvolvimento de uma cultura que valorize a aprendizagem.

Hospitais que apresentam esse entendimento elaboram estratégias para promoção da capacitação e melhoria contínua de seus funcionários, muitas dessas atividades ocorrem por intermédio de programas de educação permanente. O hospital em estudo apresenta como um dos pilares a parte da educação, uma vez que funciona como hospital de ensino para residência em enfermagem e médica. Além disso, para os funcionários efetivos há os programas de

educação permanente que são realizados treinamentos periódicos com a equipe em campo, em sala de aula e simulação realística.

Um ambiente de aprendizagem é um ambiente ideal para o alcance de uma cultura de segurança. Contudo, aprender com erros organizacionais é tarefa complexa, uma vez que é necessário atitude para expor o erro e atividades eficazes para detecção e análise. Talvez, a tarefa mais difícil de uma organização para desenvolver uma cultura de segurança é a desvinculação do erro com a culpa. Um ambiente de aprendizagem estimula a diminuição de uma cultura de culpa e desenvolvimento de uma cultura justa.

Observa-se que o item *A6 – Nós estamos fazendo as coisas para melhorar a segurança do paciente* foi o item melhor avaliado de todo o questionário com 95% de positividade. O fato de o hospital ser acreditado e ter nos últimos três anos sido submetido por três avaliações da acreditadora promoveu que fossem revistos e reformulados os processos e realizadas mudanças para adequação as normas da acreditadora. Desse modo, a alta positividade desse item pode sugerir que que os funcionários perceberam e atuaram ativamente para tornarem reais os objetivos.

5.2.3 Apoio da gestão para a segurança do paciente

Essa dimensão foi a quarta melhor avaliada apresentando 79,3% de positividade, sendo uma área de força. A dimensão refere-se ao suporte da gestão para promoção de um ambiente propício para a segurança do paciente.

Um estudo realizado sobre estratégias para promoção da segurança do paciente apontou que o ambiente hospitalar é um ambiente propício a riscos para o paciente, uma vez que estão expostos a riscos mecânicos, físicos, assistenciais e institucionais. Promover um ambiente seguro ao paciente é meta de qualquer instituição de saúde, contudo, para que ocorra de forma efetiva é necessário em conjunto da equipe assistencial e da gestão.

Observa-se que 82% dos profissionais de enfermagem do hospital percebem que na instituição a administração coloca como prioridade a segurança do paciente. Na instituição foram implementadas medidas a serem realizadas no cotidiano que promovem a segurança do paciente, como: identificação de risco de pacientes, implantação de *bundles* e escalas para avaliação precoce de deterioração do paciente (*Modified Early Warning Scoring* – MEWS), além de apresentar um espaço físico que permite conforto e segurança.

Segundo Williamson et al. (1997) clima de segurança é um conceito sumário que descreve a ética de segurança de uma organização ou posto de trabalho e que se reflete nas crenças dos trabalhadores em relação à segurança. O ambiente de trabalho pode ser influenciado por diversos fatores, dentre eles por um líder e/ou decisões da gestão quanto o líder influencia o ambiente de trabalho. No hospital em estudo 82% dos profissionais percebem que a instituição oferece um clima de segurança propício para a segurança do paciente.

Os resultados de um estudo realizado sobre o impacto do líder no ambiente de trabalho sugerem que há uma relação direta e positiva entre a prática profissional da liderança, poder organizacional, exercício desta função pelo líder e ambientes de trabalho saudáveis. Um outro estudo multicêntrico examinou a relação entre o apoio dos diretores, estresse dos enfermeiros supervisores e satisfação profissional. Obteve-se que 45% da satisfação profissional dos enfermeiros foram explicados pelo apoio da supervisão e, quanto maior esse apoio, menor o estresse no trabalho.

Enfermeiros com alto nível de apoio do supervisor alcançam resultados mais positivos no trabalho, como menos estresse ocupacional, baixo turnover, menores complicações somáticas, principalmente relacionadas às moléstias gastrointestinais e baixo índice de absenteísmo. As evidências dos estudos de McGilton et al. (2017) e Hall (2007) mostram o quanto o líder faz bem ou mal à sua equipe.

5.2.4 Retorno da informação e comunicação sobre erros

A dimensão foi a melhor avaliada apresentando 87% de positividade, sendo considerada uma área de força e refere-se ao retorno que a equipe recebe após a notificação de um evento/incidente.

No hospital em estudo quando um evento ou incidente ocorre o profissional notifica o evento/incidente ao setor de qualidade/núcleo de segurança do paciente, o setor solicita aos responsáveis pela unidade notificadora a responder três itens acerca do evento/incidente, sendo:

1. Análise do que ocorreu;
2. Se teve impacto para o paciente ou não;
3. Após a análise qual o processo de melhoria que sugerem para aplicar e reduzir novas ocorrências.

Após a análise do setor de qualidade os responsáveis pelo setor são comunicados acerca do desfecho do incidente. Assim, é justificável a alta taxa de positividade dos itens dessa dimensão devido a dinâmica, comunicação e interação que há entre os profissionais assistenciais, gestores e integrantes do setor de qualidade/segurança do paciente do hospital.

Os profissionais do hospital 87% consideram que são informados sobre os erros que acontecem na unidade de atuação e 81% relatam receberem *feedback* sobre mudanças implantadas em função de eventos relatados. Essa comunicação ocorre entre o gestor da unidade (coordenador ou rotina de enfermagem) e a necessidade de *feedback* dessas informações variam e dependem do desfecho do caso e por vezes pode demorar para ocorrer devido a análise do incidente.

A comunicação efetiva entre gestores e equipe é essencial para promover um ambiente seguro de trabalho, segundo Souza et. al, 2015, p. 480:

> Para que seja possível prover um ambiente colaborativo em prol da segurança ao paciente, o estabelecimento de linhas de comunicações efetivas e o apoio dos gestores pode se apresentar como estratégia. Isso porque linhas de comunicação verticalizadas e formais, relacionam-se às práticas de gestão pautadas na administração clássica e autocrática e; no contexto dos serviços de saúde, podem proporcionar distância entre os profissionais responsáveis pelo cuidado direto e seus gestores, evidenciando a distribuição desigual do poder pela formalização exacerbada do organograma e, consequentemente, gerando relações de trabalho rígidas e impessoais.

Observa-se que o segundo item do questionário melhor avaliado foi o *C5 – Nesta unidade nós discutimos maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer* com 93% de positividade que é justificável a alta taxa de positividade devido ao fluxo do processo que ocorre desde a notificação do evento/incidente até o seu desfecho final. Além disso, esse item se relaciona com o melhor avaliado do questionário (A6) pertencente a dimensão de melhoria contínua, pois ao discutir maneiras para prevenção de erro em conjunto é realizado atividades para melhorar a segurança do paciente.

5.3 Cultura frágil: fragilidades percebidas pela equipe de enfermagem

Conforme resultados do estudo, o hospital apresentou duas dimensões classificadas como cultura frágil, sendo elas: Adequação de pessoal (46,5%) e resposta não punitiva a erros (29,3%).

Segundo Westrum (1993) há três diferentes culturas organizacionais: a patológica, a burocrática e a geradora. Cabe aqui a comparação de uma cultura frágil com a cultura patológica proposta pelo autor, o qual aborda que a fase mais imatura da organização teria uma cultura patológica, onde há um desencorajamento ativo em compartilhar e aprender com os outros, as falhas são encobertas, a informação ocultada e novas ideias são esmagadas.

5.3.1 Adequação de pessoal

A dimensão foi a segunda pior avaliada apresentando 46,5% de positividade, sendo considerada como área crítica/área com potencial de melhoria e refere-se ao quadro de funcionários e sua relação com a segurança do paciente.

Uma revisão de literatura realizado por Neis e Gelbcke 2011 apontou que a partir de 2005, há um aumento da produção científica nos estudos que abordam a temática de carga de trabalho na enfermagem, o que pode estar relacionado com a aprovação da resolução 293/2004 do Cofen, que fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Muitos desses estudos abordam a temática de trabalho na enfermagem com a saúde do trabalhador, contudo estudos recentes começaram a relacionar o trabalho na enfermagem com a segurança do paciente.

Um estudo realizado em um hospital universitário no Sul do Brasil avaliou a carga de trabalho e como repercute para a segurança do paciente, o estudo aponta que quando comparado a outros países há uma preocupação em relação a dimensão da equipe de enfermagem, onde aqui majoritariamente a equipe é composta por técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Além disso, quanto maior for a proporção de pacientes em relação a equipe de enfermagem há uma significante relação com aumento da média de permanência hospitalar, incidência de quedas do leito, incidência de infecções associadas ao cateter venoso central, absenteísmo e rotatividade de profissionais, além de diminuir a satisfação dos pacientes com os cuidados com a equipe de enfermagem (MAGALHÃES et al, 2017)

No presente estudo, observa-se que 62% dos profissionais consideram que a equipe trabalha mais do que seria desejável para o cuidado do paciente, 50% consideram que o quadro de pessoal é adequado para a demanda de trabalho e para 37% os profissionais trabalham em padrão de crise fazendo muitas coisas depressa.

Um estudo realizado em uma unidade neonatal do Hospital Universitário de São Paulo avaliou-se sobre o custo da adequação quantitativa dos profissionais de enfermagem, no estudo apontou-se utilizando *Nursing Activies Score* para mensurar carga de trabalho de enfermagem através do grau de dependências dos pacientes que seria necessário um aumento de 29% do quadro de pessoal para correta adequação a carga de trabalho (FUGULIN et al, 2011).

A adequação do quantitativo de profissionais de enfermagem é uma temática complexa a ser discutida, gestores por vezes com o intuito de reduzir custos limitam a contratação de profissionais, o que pode acarretar a equipe a trabalhar no limiar de segurança. Fugulin et. al 2011 conclui em seu estudo juntamente com o analisado na literatura que embora a adequação do quadro de profissionais da enfermagem possa acarretar em aumento dos custos operacionais, pode contribuir na diminuição de gastos provenientes de resultados negativos decorrentes da insuficiência numérica e/ou qualitativa de profissionais.

No hospital em estudo não há previsto a estabilidade, os profissionais são contratos pelo regime celetista, assim 84% dos profissionais percebem que não é utilizado funcionários temporários/de terceiros para o cuidado do paciente. O que é incidente no hospital é a rotatividade de funcionários, o hospital é localizado em uma área do Rio de Janeiro de difícil acesso e é comum pedido de demissão quando algum profissional consegue um emprego em área mais próxima de onde reside.

5.3.2 Resposta não punitiva aos erros

A referida dimensão foi a pior avaliada apresentando 29,3% de positividade, sendo considerada como área crítica/com potencial de melhoria e refere-se ocorrência ou não de punição aos profissionais pelos erros cometidos. Observa-se que na literatura os estudos que utilizam o HSOPSC em geral apresentam essa dimensão como a pior avaliada

A OMS em 2009 definiu como ações promovidas pelas instituições de saúde para reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Conclui-se que apesar da assistência livre de danos ser o principal objetivo da segurança do paciente erros podem acontecer, uma vez que o cuidado de saúde é realizado por humanos e esses são sujeitos a cometerem erros.

No presente estudo o item do questionário com o maior porcentual de negatividade foi o *A16R – As pessoas têm medo que seus erros sejam inscritos nas suas fichas funcionais* com

75% de negatividade. O que se assemelha ao encontra na literatura onde em um estudo em um hospital universitário de São Paulo o qual é previsto a estabilidade no emprego 73,7% dos profissionais acreditam que seus erros podem ser usados contra eles

Muitos indivíduos crescem em um ambiente com uma cultura punitiva, com início na infância a associarem que quando cometem um erro ou fazem coisas erradas devem ser punidos por aquilo cometido. Assim, quando esses indivíduos chegam no ambiente de trabalho carregam com si esse valor punitivo, o medo de errar acarreta na insegurança se serão trocados de setor, demitidos, afastado de suas tarefas entre outros.

Nesse contexto, em um estudo realizado sobre a compreensão entre a segurança do paciente e erros de medicação as autoras destacaram que os enfermeiros atuantes em hospital enquanto estavam sendo gravados relataram que não haviam presenciado algum evento e discorriam sobre as condutas em uma situação hipotética. Contudo, quando o gravador era desligado os entrevistados comentavam sobre erros de medicação ocorrido no local (DIAS et al., 2014).

Nesse mesmo estudo, uma fala de um entrevistado aponta a punição pelos erros cometidos "quando esse erro é evidente, geralmente nós chamamos o funcionário, damos uma advertência. Se for um caso mais sério, nós teremos que estar encaminhando pra supervisão imediata, dependendo do caso, a troca do funcionário do setor ou ficar com restrição de atividades".

O estudo acima demonstra que a instituição é organizada com uma cultura punitiva, os funcionários são punidos pelos erros ao invés de serem responsabilizados e educados para evitar novas ocorrências. Além disso, mesmo os entrevistados cientes de que um estudo é realizado garantindo o anonimato e foi evidenciado o medo de serem punidos no apontamento das autoras em relação a omissão de informações quando o gravador estava ligado.

No presente estudo apesar das dimensões de aprendizado organizacional (86% de positividade – área de força), apoio da gestão (79,3% de positividade – área de força), retorno da informações e comunicações sobre erros (87% de positividade – área de força) e abertura da comunicação (63,3% de positividade – área neutra) terem sido bem avaliadas o que sugere que a instituição apresenta uma cultura justa e preconiza o aprendizado nessa dimensão há uma contradição ao respondido nas demais dimensões.

Essa contraposição pode ser devido a valores dos funcionários em relação a erros e não o de fato ocorrido na instituição, uma vez que 52% dos profissionais consideraram que seus erros podem ser usados contra eles e 55% dos profissionais não consideram que quando um erro é cometido o profissional é mais notado que o problema.

Talvez essa seja a dimensão mais difícil de modificação para os gestores, pois envolve mudança de valores já enraizados nos profissionais. Contudo, é necessário desenvolver um ambiente onde seja possível superar as falhas e problemas, para isso deve ser reconhecido que a assistência à saúde possui fragilidades que podem comprometer a segurança do paciente. Percebe-se que é essencial para uma cultura de segurança a criação de um ambiente livre de culpa, onde a vigilância e a cooperação façam parte da rotina de trabalho da equipe.

5.4 Indicadores de segurança

Os indicadores de segurança presente no questionário referem-se as seções E e G que abordam o grau de segurança do paciente e a incidência de notificação de eventos.

5.4.1 Grau de Segurança

O grau de segurança do paciente é um indicador de segurança presente no questionário na Seção E, esse grau é classificado como excelente, muito bom, aceitável, fraco e falho (de acordo com as opções do questionário), com o intuito de dar valor numérico a esse dado qualitativo optou-se por dar nota de 1 a 5 de forma progressiva.

De modo geral o hospital apresenta com uma nota de segurança (3,903) aceitável e apresentando homogeneidade entre as notas atribuídas por cada unidade, sendo a nota mínima 3,6 (aceitável) e a máxima 4 (muito bom). Vale destacar em relação aos profissionais e as atribuições da nota, os técnicos de enfermagem em todas as unidades tenderam a dar uma nota maior do que os enfermeiros, exceto os residentes de enfermagem que atribuíram notas maiores do que os enfermeiros do quadro de profissionais.

Esse resultado pode sugerir que o enfermeiro do quadro de profissionais por ser responsável por gerenciar uma equipe, apresentarem um nível de formação mais elevado percebem o ambiente de trabalho de forma mais crítica quando comparado aos técnicos de enfermagem que apresentam atuação mais prática e menor nível de formação. Quanto aos residentes, esses ficam lotados no hospital no período de um ano e tal período pode ser insuficiente para uma avaliação crítica da unidade, além disso há rotação deles nos setores.

5.4.2 Notificação de eventos

O quantitativo de eventos notificados nos últimos 12 meses é outro indicador de segurança presente no questionário. Observa-se que 51% (n=64) dos profissionais do hospital não realizaram nenhuma notificação de eventos nos últimos 12 meses. Em relação aos profissionais que realizaram as notificações, observa-se que quanto maior o número quantitativo de notificação menor é o número de profissionais que a realizaram. Quanto aos setores a unidade de internação apresenta-se como o setor com o maior número de notificações apresentando 15% do total das notificações e a gestão o de menor número de notificação apresentando 6,5% do total de notificação.

A prática de notificação de eventos/incidentes é uma temática amplamente discutida na área de segurança, pois é através dela que é reconhecido os erros cometidos e construção de mecanismos que possam impedir a ocorrências de novos. Contudo, ainda é uma prática subnotificada devido ao estigma de relacionar o erro com punição.

Um estudo realizado sobre a prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino apontou que há falhas de comunicação no processo, haviam profissionais que nunca realizaram uma notificação e que desconheciam a existência de uma ficha para realiza-la. Muitos profissionais desconhecem os termos de erro, evento adverso, segurança do paciente o que dificulta a notificação, além de profissionais de nível técnico relatarem que a notificação é função do profissional enfermeiro (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

No hospital em estudo, a notificação de eventos ocorre desde aqueles que resultem em dano ao paciente, evento adverso, até os que não resultaram em dano. Qualquer profissional pode realizar uma notificação ao setor de qualidade/núcleo de segurança do paciente, contudo, o acompanhamento do caso é realizado entre o setor de qualidade/núcleo de segurança do paciente e o coordenador e/ou rotina de enfermagem da unidade, após o desfecho do caso esse é responsável pela comunicação com a equipe. Dados internos do núcleo de segurança do hospital apontam uma média de 170 notificação de eventos ao mês, incluso os que não causaram danos ao paciente.

Dados na literatura apontam que instituições privadas apresentam uma maior taxa de adesão a notificação de eventos/incidentes quando comparados com instituições públicas. Um estudo realizado com enfermeiros sobre o gerenciamento de pessoal com estabilidade no emprego apontou que por vezes a estabilidade gera a impunidade nos serviços públicos e que

essa gera banalização das transgressões e que o gerenciamento de pessoal nesse tipo de serviço é muito diferente daquele exercido em serviços privados (GUIMARÃES et al., 2011).

CONCLUSÃO

A partir desse estudo foi possível analisar a cultura de segurança do paciente percebida pela equipe de enfermagem de um hospital filantrópico acreditado, considera-se os resultados como um diagnóstico situacional do hospital durante o processo de acreditação hospitalar.

A cultura de segurança para a equipe de enfermagem, desse estudo, apresentou uma alta taxa de positividade divergindo de estudos encontrados na literatura, onde há um maior quantitativo de áreas com fragilidades nas instituições. Os dados apontaram que das 12 dimensões presentes no *Hospital Survey on Patient Safety Culture* quatro foram classificadas como cultura forte, seis como cultura neutra e duas como cultura frágil.

As dimensões Retorno da informação e comunicação sobre erros e aprendizado organizacional – melhoria contínua foram as duas dimensões melhores avaliadas e as mesmas apresentam íntima ligação, uma vez que para a construção de uma cultura de segurança é incentivado a livre notificação de eventos, aprender com o acorrido e promover estratégias que previnam novos erros/falhas.

As dimensões identificadas como oportunidades de melhorias mais urgentes foram resposta não punitiva a erros e adequação de pessoal. Em especial a dimensão resposta não punitiva a erros demonstra uma contradição dos participantes, uma vez que as dimensões melhores avaliadas apresentam sua ideologia contraria a punição pelos erros cometidos, sugere-se que tal resultado pode ser devido a cultura social de punição enraizada nos funcionários que participaram do estudo.

No hospital a notificação de eventos é de fácil acesso e voluntária para todos os funcionários, aborda o incidente, as medidas realizadas para controle e prevenção de novos incidentes, há participação do notificador e da gestão em todo o processo e retorno da informação forma transparente. Apesar desse fluxo ser propenso a uma cultura justa a dimensão resposta não punitiva a erros sugere uma cultura punitiva, apontando é necessário intervenções que envolvam mudança de comportamento.

Os resultados do estudo de uma forma geral apresentam o hospital com uma boa maturidade de cultura de segurança, o fato do estudo ter sido realizado durante o processo de acreditação hospitalar pode ter influenciado nessa alta positividade devido aos esforços conjuntos da gestão e da equipe de ponta para o alcance da certificação.

Evidencia-se que a adequação de profissionais foi uma fragilidade identificada, o hospital apesar de ser sem fins lucrativos necessita adequar-se ao mercado capitalista, buscando

produtividade e redução de gastos, contudo, já é consenso na literatura a relação entre indicadores de qualidade e um adequado dimensionamento de pessoal.

Adequar o número de profissionais de acordo com o estabelecido pode gerar um gasto adicional a curto prazo devido, em grande parte, a necessidade de contratação de pessoal para adequar o quadro de funcionários. Contudo, essa adequação permite melhor trabalho em equipe e diminuição da sobrecarga de trabalho sob os funcionários, o que facilita o cuidado de enfermagem e maior disponibilidade para o cuidado, reduzindo erros que poderiam ser cometidos devido à sobrecarga de trabalho.

Medidas que previnam a ocorrências de erros são essenciais para um cuidado seguro, além disso, a segurança do paciente deve ser considerada um investimos, pois através de medidas como adequação de pessoal, criação de protocolos, incentivo a práticas seguras promovem a diminuição da ocorrência de erros que poderiam ser evitados.

Apesar dos resultados do estudo serem específicos do hospital estudado, limitando a generalização dos mesmos, a realização de estudos que avaliam a cultura de segurança permite o melhor entendimento dos fatores que envolvem a maturidade da cultura de segurança. Promove o conhecimento da realidade das instituições hospitalares e o estímulo de práticas que melhorem o cuidado prestado aos pacientes.

Estudos na literatura que avaliaram a cultura de segurança, em especial os que utilizam como cenários hospitais acreditados e não acreditados, apontam que hospitais acreditados tendem a apresentar melhores resultados de cultura de segurança. A acreditação hospitalar objetiva que os hospitais atendam os mínimos padrões de qualidade para serem certificados e para tal necessitam, por vezes, realizarem mudanças organizacionais e estruturais para adequação as normas da acreditadora.

As normas da acreditadora objetivam qualidade da assistência e segurança do paciente e para o alcance é necessário o envolvimento de gestores e profissionais da assistência. Dessa forma, um hospital acreditado apresenta em a cultura organizacional como alicerce para oferta de serviços de qualidade e seguro aos pacientes.

Por fim, espera-se que os resultados desse estudo possam ser úteis e servir para os gestores do hospital do estudo o reconhecimento dos aspectos positivos da instituição e formas de manter esse padrão. Destaca-se o envolvimento dos gestores com os profissionais de ponta e atuação dos setores de qualidade/segurança do paciente e educação permanente para manutenção do padrão de qualidade. Além disso, permitiu o conhecimento das fragilidades da instituição e que esse resultado possa permitir a realização de uma investigação qualitativa sobre os aspectos que devem ser melhorados.

Ressalta-se que a realização da avaliação da cultura não é única, devendo ser encorajado a sua repetição em outros momentos permitindo identificar e acompanhar as mudanças ao longo do tempo, uma vez que cultura é mutável e construída ao longo de anos. É estimulado novos estudos de avaliação da cultura de segurança, em especial, em períodos fora da visita da acreditadora e/ou que estejam passando pelo processo de certificação para avaliar se há diferenças nos resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria Martins Fontes Editora, 1998. 1.030 p.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture**: user's guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHSA290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2016. Disponível em: < https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2017.

_____. **SOPS™ Hospital Survey Items and Composites**. 1 versão. Disponível em: < https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospdim.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2017.

ALBUQUERQUE, L.G.; MALIK, A.M.; QUEIROZ, A.C.S. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. **Rev. Adm.** São Paulo, v. 48, n. 4, p. 658-670, 2013.

ARDERN, J. Creating a safety culture. Manager of Education and Information Services. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/131591868/Creating-a-Safety-CultureAcesso>. Acesso em: 08 abr. 2017.

BARBOSA, A.P. et al. Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 490-497, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0490.pdf >. Acesso em: 27 mar. 2017.

BRASIL. **Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, v.1, n.1, jan-jul. 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em: 07 abr. 2017.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília. **Ata da 10ª Reunião Ordinária realizada no dia 1 de outubro de 2013**. p. 10, 2013a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ab7b390047d896ffb79bffa6f9e23b16/Ata+da+10+reuni%C3%A3o+da+CS+SERVI%C3%87OS+(2).pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 18 abr. 2017.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n° 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**, Brasília, DF, 2013b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MG/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013d.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2014. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_segurança.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2017.

CAMELO, S.H.H. et al. Cultura organizacional de um hospital psiquiátrico e resiliência dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 69, n. 5, p. 817-824, Oct. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0817.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2017.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CA). The safety competencies: enhancing patient safety across the health professions. Ottawa: Canadian Patient Safety Institute; 2008. Disponível em: < http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2017.

CHASSIN, M.R.; LOEB, J.M. The ongoing quality improvement journey: next stop, high realibility. **Health Aff**. v. 30, n. 4, p. 559-68, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 293 de 21 de setembro de 2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. São Paulo: Cofen, 2004. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/173504/001056675.pdf?sequence=1>. Acesso em: 07 nov 2018.

CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S.; KOHN, L.T. To err is human: building a safer health system. A report of the Committee on Quality of Healthcare in America, Institute of Medicine.Washington (District of Columbia): **National Academies Press**. 1999.

COSTA, V.; COSTA, A. **A acreditação hospitalar: uma ferramenta para incrementar a segurança do paciente?** In: Fonseca A. Segurança do Paciente. São Paulo: Marinari, 2013.

COSTA JUNIOR, H. **Qualidade e segurança em saúde**: os caminhos da melhoria via Acreditação Hospitalar – relatos, experiências e práticas. 1 ed. Rio de Janeiro: Doc contente. 2015. 188 p.

DIAS, J.D.D. et al. Compreensão de enfermeiros sobre a segurança do paciente e erros de medicação. **Rev Min Enferm**, Minas Gerais, v. 18, n.4, p. 66-873, 2014.

FASSARELLA, C. S. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Ambiente Hospitalar: estudo comparativo em hospital universitário e público do Rio de Janeiro e do

Porto. 2016. 236f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2016.

FIGUEIREIDO, S.V. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

FUGULIN F.M.T; et al. Custo da adequação quantitativa de profissionais de enfermagem em Unidade Neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. esp, p. 1582-8, 2011.

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, v. 35, n. 3, p. 105-112, 2000.

GONZÁLEZ, M.G. MONTORO, C.H.; QUES, A.A.M. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. 42-49, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2017.

GONZÁLEZ, R.V.D.; MARTINS, M.F. Melhoria contínua e aprendizagem organizacional: múltiplos casos em empresas do setor automobilístico. **Gest. Prod,** São Carlos, v. 18, n. 3, p. 473-486, 2011.

GUIMARÃES, A.T.; et al. Gerenciamento do pessoal de enfermagem com estabilidade no emprego: percepção de enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n.5, p. 905-11, 2011.

GREENFIELD, D.; BRAITHJWAITE, J. Health sector accreditation research: a systematic review. **International Journal of Quality in Health Care**. v. 20, n.3, p.172-183. 2008.

HALL, D.S. The relationship between supervisor support and registered nurse outcomes in nursing care units. **Nurs Adm Q**, v. 31, n. 1, p. 68-80,2007.

HIBBERT, P. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**. v. 21, n. 18, p. 18-26 2009.

HINCHCLIFF, R. et al.narrative Synthesis of health service accreditation literature. **BMJ Quality and Safety**. v.21, n.12, p. 979-991, 2012.

HUDSON, P. Applying the lessons of high risks industries to health care. **Qual Saf Health Care**. v. 12, (suppl. 1), p. 7-12, 2003.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on Quality of Healthcare in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century. Washington, DC: **National Academy Press**, 2001.

MAGALHÃES, A.M.M.; et al. Associação entre a carga e trabalho da equipe de enfermagem e resultados de segurança do paciente. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 51, p. e03255, 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/173504/001056675.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 nov 2018.

MARTINS, M. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev Port Saude Publica**, v. temat, n. 10, p. 74-80, 2010. Disponível em: < http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t%20seg%20doente/8-a%20magnitude%20financeira%20dos%20eventos%20adversos%20em%20hospitais%20no%20brasil.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2017.

MATSUDA, L. M.; OLIVEIRA, J. L. C. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 63-69, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0063.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2017.

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

MENDES, G.H.S.; MIRANDOLA, T.B.S. Estudo de casos em acreditação hospitalar no Brasil: Benefícios e dificuldades. **Espacios**. v. 35, n. 10, p. 11, 2014.

MENDES, W.; SOUSA, P. **Segurança do Paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. v. I, 208 p

_____. **Segurança do Paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. v. II, 452 p.

NAVARRO, A.S.S.; GUIMARÃES, R.L.S.; GARANHANI, M.L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. Rev Min Enferm, Minas Gerais, v. 17, n. 1, p. 69-75, 2013.

NEIS, M.E.B.; GELBCKE, F.L. Carga de trabalho na enfermagem: variável do dimensionamento de pessoal. Enfermagem em foco, v. 2, n. 1, p. 6-9, 2011.

NETTO, F.C.B.; SEVERINO, F.G. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino no Ceará. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.3, n. 29, p. 334-341, 2016.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**, v. 12, n. 2, p. ii17-ii23, 2003. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full>. Acesso em: 10 out. 2013.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual brasileiro de acreditação**: organizações prestadoras de serviços de saúde. Brasília: Organização Nacional de Acreditação. 2010. v. I, p. 164.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009.

_____.World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2008.

PARANHOS, M. S.; SANTOS, L. J. Os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família no Rio de Janeiro: aspectos da liderança em pesquisa de clima organizacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 759-770, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0759.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2017.

PIRES, M. M. **Gestão da Integridade de Barreiras**: Fator Chave na Prevenção de Acidentes. 2012, 101 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Engenharia Ambiental, Escola Politécnica e Escola de Química, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

POMEY, M. et al. Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. **Implementation Science**, v, 31, n. 5, p. 1-14, 2010.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para Segurança do Paciente**: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013, p. 132.

REASON, J. T. **Human error**. London: Cambridge University Press; 2003.
_____. Human error: models and managment. **Brit Med J**. 320: 768-70, 2000.

SILVA, A.C.A.B.; ROSA, D.O.S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm**. Paraná, v. 21, n. esp, p. 01-10, 2016.

SIMAN, A.G. CUNHA, S.G.S.; BRITO, M.J.M. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 51, p. e03243, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03243.pdf.>. Acesso em: 04 nov 2018.

SOUZA, G.C. et al. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional?. **Rev Esc Enfem USP**, São Paulo, v. 4, n. 50, p. 642-649, 2016.

SOUZA, V.S.; et al. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. **Cogitare Enferm**, v.20, n.3, p 475-482, 2015.

SPAGNOL, C.A. et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n.3, p. 803-11, 2010.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente**: Orientações para evitar eventos adversos. Videira, São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

WILLIAMSON, A. M.; FEYER, A. M.; CAIRNS, D; BIANCOTTI, D. The development of a measure of safety climate: the role of safety perceptions and attitudes. **Safety Science**, v. 25, n. 1-3, p. 15-27, 1997.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A – Cronograma

Período	*Ano 2017*						*Ano de 2018*					
Atividades	**Fev-Dez**	**Mar-Ago**	**Ago**	**Set**	**Nov**	**Dez**	**Jan**	**Fev-Abr**	**Mai-Jul**	**Jul-Set**	**Out-Nov**	**Dez**
Levantamento Bibliográfico	X											
Elaboração do projeto de pesquisa		X										
Obtenção autorizações para coleta dos dados		X										
Envio para o Comitê de Ética e Pesquisa		X										
Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa							X					
Coleta de dados							X	X				
Tabulação dos dados								X				
Apresentação dos resultados									X			
Análise dos resultados												
Referências	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Revisão ortográfica do texto				X	X					X	X	
Revisão das regras da ABNT				X	X					X	X	
Qualificação												X
Defesa da dissertação												X

APÊNDICE B – Orçamento

Custos do Estudo	2017	2018	Total
Papel	R$ 200,00	R$ 200,00	R$ 400,00
Caneta	R$ 20,00	R$ 30,00	R$ 50,00
Impressão	R$ 750,00	R$ 500,00	R$ 1.250,00
Transporte	R$ 1.200,00	R$ 1.500,00	R$ 2.700,00
Congressos	R$ 500,00	R$ 500,00	R$ 1.000,00
Produção de Artigos	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 2.000,00
		TOTAL	R$ 7.400,00

APÊNDICE C – Termo de autorização para realizar a pesquisa

UNIRIO

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico

TERMO DE ANUÊNCIA DO ESTUDO

Prezado diretor,

Através do presente termo, venho solicitar a autorização de V. S. para o desenvolvimento do estudo preliminarmente intitulado "**Cultura de segurança do paciente conforme perspectivas dos profissionais de saúde em hospitais acreditado e não acreditado**". A pesquisa tem finalidade acadêmica, sendo desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sob a responsabilidade da pesquisadora Tamyris Garcia de Assis, sob orientação da Profª. Drª Beatriz Gerbassi Costa Aguiar. Esse estudo tem como **objetivos específicos**: Identificar a cultura de segurança do paciente conforme a perspectivas dos profissionais de saúde em hospital acreditado; Identificar a cultura de segurança do paciente conforme a perspectivas dos profissionais de saúde em um hospital não acreditado; Analisar a relação existente entre as culturas de segurança do paciente desses cenários, de acordo com às dimensões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. A **coleta de dados** será feita através da aplicação de um questionário estruturado o "*Hospital Survey on Patient Safety Culture*" aos participantes, sendo esses uma amostra representativa dos profissionais de saúde (equipe de enfermagem, médicos e fisioterapeutas) que fazem parte dos recursos humanos da instituição, os participantes serão selecionados utilizando a amostragem aleatória simples. Os dados somente serão coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da vossa aprovação, assegurando a segurança e bem-estar dos participantes em atendimento a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Assumo o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para fins científicos, não utilizar o nome da instituição sem autorização, bem como disponibilizar os resultados obtidos.

Assim, ao assinar esse termo o senhor está de acordo execução do projeto e apoia o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Coloco-me à disposição para os esclarecimentos necessários. Agradeço antecipadamente e espero contar com a sua colaboração.

Rio de Janeiro, 20 de maio de 2017.

Pesquisadora Responsável

Profª Orientadora

Dr. Ranian Carvalho Leitão
Diretor Médico
CRM 5264961-9

Assinatura e carimbo do diretor

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIRIO

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), a participar da pesquisa **INTITULADA**: Cultura de segurança do paciente conforme perspectivas dos profissionais de saúde em hospitais acreditado e não acreditado.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Contamos com a vossa colaboração para participar da pesquisa. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Estamos coletando informações com o intuito de obter dados sobre a cultura de segurança do paciente. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou interferir em sua vida profissional.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Se o Sr. (a) decidir integrar este estudo, preencherá individualmente um questionário que durará aproximadamente 10-15 min.

RISCOS: O Sr. (a) pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Vosso questionário ajudará fornecendo dados sobre qualidade e segurança do paciente, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em que trabalha.

CONFIDENCIALIDADE: Vosso nome não aparecerá em nenhum questionário preenchido. Nenhuma publicação partindo desse estudo revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem o consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual seja identificado. Foi fornecido uma cópia desse termo informado a sua instituição.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada em sua instituição. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem sendo a mestranda Tamyris Garcia de Assis a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª Drª Beatriz Gerbassi Costa Aguiar. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. O Sr. (a) fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu,_____, portador do documento de Identidade nº _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo "**Cultura de segurança do paciente em hospitais acreditado e não acreditado: perspectivas dos profissionais de saúde**", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2017.

_____
Nome do (a) participante

_____
Assinatura

_____
Nome da Pesquisadora

_____
Assinatura

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIRIO):

Endereço: Av. Pasteur, 296, Urca, RJ – 22290-240
Tel.: (21) 2542-7796
E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Contato da pesquisadora:

Endereço: R. Dr. Xavier Sigaud, 290, Urca, RJ – 22290-180
Tel.: (21) 98690-6972
E-mail: enf.tamygarcia@gmail.com

Elaborado em 10/05/2017, 2ª versão.

ANEXO A – Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções para preenchimento do questionário

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

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

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

Para fins desta pesquisa, pense na sua unidade como área clínica, departamento do hospital ou unidade onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou fornece maior parte dos seus serviços clínicos/médicos.

Qual sua área primária ou unidade principal de trabalho neste hospital? Marque UMA resposta, preenchendo a alternativa:

( ) (a) Muitas áreas diferentes do hospital/nenhuma unidade específica.
( ) (b) Clínica (não cirúrgica).
( ) (c) Cirurgia
( ) (d) Obstetrícia
( ) (e) Pediatria
( ) (f) Unidade de Emergência
( ) (g) Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)
( ) (h) Psiquiatria/Saúde Mental
( ) (i) Reabilitação
( ) (j) farmácia
( ) (k) Laboratório
( ) (l) Radiologia
( ) (m) Anestesia
( ) (n) Outra. Por favor, especificar: _____

Seção A – A área ou unidade onde você trabalha

Por favor, indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre sua área/unidade. Marque sua resposta preenchendo o quadrado.

Afirmações	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda Fortemente
1) As pessoas se apoiam mutuamente nessa unidade.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Temos quadro de pessoal suficiente para dar conta do trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, nós trabalhamos juntos, em equipe para fazer o trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	☐	☐	☐	☐	☐
5) O quadro de pessoal desta unidade trabalha mais do que seria desejável para o cuidado do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
6) Nós estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
7) Nós usamos mais funcionários temporários/de terceiros do que seria desejável para o cuidado do paciente	☐	☐	☐	☐	☐
8) O quadro de funcionários considera que seus erros podem ser usados contra eles.	☐	☐	☐	☐	☐
9) Aqui, erros têm levado a mudanças positivas.	☐	☐	☐	☐	☐
10) É por acaso que erros mais sérios não acometessem aqui.	☐	☐	☐	☐	☐
11) Quando uma área desta unidade fica com sobrecarga de trabalho, outras ajudam.	☐	☐	☐	☐	☐
12) Quando um evento é reportado, parece que a pessoa que é notada, não o problema.	☐	☐	☐	☐	☐
13) Depois que implantamos mudanças para melhorar a segurança do paciente nós avaliamos sua efetividade.	☐	☐	☐	☐	☐
14) Nós trabalhamos em padrão de crise, fazendo muita coisa depressa.	☐	☐	☐	☐	☐
15) Nós nunca sacrificamos a segurança do paciente para conseguir fazer mais coisas.	☐	☐	☐	☐	☐
16) As pessoas têm medo que seus erros sejam inscritos nas suas fichas funcionais.	☐	☐	☐	☐	☐
17) Nós temos problemas de segurança do paciente nesta unidade.	☐	☐	☐	☐	☐
18) Nossos pacientes e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	☐	☐	☐	☐	☐

Seção B – Seu gerente/supervisor

Por favor, indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente. Marque sua resposta preenchendo o quadrado.

Afirmações	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda Fortemente
1) Meu supervisor/gerente elogia quando vê uma tarefa desempenha de acordo com os procedimentos voltados a segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Meu supervisor/gerente leva seriamente em conta as sugestões dos trabalhadores no sentido de melhorar a segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Toda vez que a pressão aumenta, meu supervisor/gerente quer que nós trabalhemos mais rápido, mesmo se para isso tenhamos que cortar caminho.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Meu supervisor/gerente não leva em conta problemas de segurança que acontecem o tempo todo.	☐	☐	☐	☐	☐

Seção C - Comunicação

Com que frequência as seguintes situações ocorrem na sua área/unidade de trabalho. Marque sua resposta preenchendo o quadrado.

Afirmações	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda Fortemente
1) Nós recebemos feedback sobre as mudanças implantadas em função de eventos relatados.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Os trabalhadores conversarão sem censura se eles virem algo que afete negativamente o cuidado do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Nós somos informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Os trabalhadores se sentem à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que têm mais autoridade.	☐	☐	☐	☐	☐
5) Nesta unidade nós discutimos maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer.	☐	☐	☐	☐	☐
6) Os trabalhadores têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo.	☐	☐	☐	☐	☐

Seção D – Frequência de relatórios de eventos

Na sua área/unidade trabalho no hospital quando os erros seguintes ocorrem com que frequência são reportados? Marque sua resposta preenchendo o quadrado.

Afirmações	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1) Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é reportado.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente com que frequência é reportado?	☐	☐	☐	☐	☐
3) Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente, mas o paciente não é afetado, com que frequência é reportado?	☐	☐	☐	☐	☐

Seção E – Grau de segurança do paciente

Por favor, atribua a sua unidade/área de trabalho no hospital um conceito geral relacionado à segurança do paciente.
Marque **uma** só resposta.

( ) (a) Excelente
( ) (b) Muito bom
( ) (c) Aceitável
( ) (e) Fraco
( ) (f) Falho

Seção F – Seu hospital

Por favor, indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre seu hospital. Marque sua resposta preenchendo o quadrado.

Afirmações	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda Fortemente
1) A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
2) As unidades do hospital não se coordenam entre si de maneira adequada.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Coisas "desaparecem" quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar juntas.	☐	☐	☐	☐	☐

5) Informações importantes sobre o cuidado ao paciente se perdem com frequência com a passagem de plantão.	☐	☐	☐	☐	☐
6) É frequentemente desagradável trabalhar com trabalhadores de outras unidades do hospital.	☐	☐	☐	☐	☐
7) Frequentemente ocorrem problemas do intercâmbio de informações entre unidades hospitalares.	☐	☐	☐	☐	☐
8) As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma das maiores.	☐	☐	☐	☐	☐
9) A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso.	☐	☐	☐	☐	☐
10) As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para fornecer o melhor cuidado ao paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
11) Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital.	☐	☐	☐	☐	☐

Seção G – número de eventos reportados

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você escreveu/preencheu e entregou. Marque apenas **uma** resposta.

( ) (a) Nenhum relatório
( ) (b) De 1 a 2 relatórios
( ) (c) De 3 a 5 relatórios
( ) (d) De 6 a 10 relatórios
( ) (e) De 11 a 20 relatórios
( ) (f) 21 ou mais relatórios

Seção H – Informações a seu respeito

Estas informações ajudarão na análise dos resultados da pesquisa. Marque apenas **uma** resposta.

1). Há quanto tempo trabalha neste hospital?

( ) (a) Menos que 1 ano
( ) (b) De 1 a 5 anos
( ) (c) De 6 a 10 anos
( ) (d) De 11 a 15 anos
( ) (e) De 16 a 20 anos
( ) (f) 21 anos ou mais

2). Há quanto tempo trabalha nesta unidade/área de trabalho?

( ) (a) Menos que 1 ano
( ) (b) De 1 a 5 anos
( ) (c) De 6 a 10 anos
( ) (d) De 11 a 15 anos
( ) (e) De 16 a 20 anos
( ) (f) 21 anos ou mais

3). Em geral, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

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

4). Qual sua posição de trabalho neste hospital? Marque **UMA** resposta que melhor descrever sua posição:

( ) (a) Enfermeiro ( ) (b) Técnico de enfermagem
( ) (c) Auxiliar de enfermagem ( ) (d) Médico do corpo clínico
( ) (e) Médico residente ( ) (f) Farmacêutico
( ) (g) Nutricionista ( ) (h) Escriturário/Secretário da unidade
( ) (i) Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo ( ) (j) Técnico (ECG, RX, Laboratório)
( ) (k) Administrador/Atividade Gerencial ( ) (l) Outros. Por favor, especificar:

_____

5). Na sua posição você costuma ter contato direto ou interação com pacientes?

( ) **SIM**, em geral eu tenho contato direto ou interação com pacientes.
( ) **NÂO**, em geral eu **NÂO** tenho contato ou interação com pacientes.

6). Há quanto tempo você trabalha nessa atividade/profissão?

( ) (a) Menos que 1 ano ( ) (b) De 1 a 5 anos
( ) (c) De 6 a 10 anos ( ) (d) De 11 a 15 anos
( ) (e) De 16 a 20 anos ( ) (f) 21 anos ou mais

Seção 1 – seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no seu hospital.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Obrigada por responder desse questionário e participar dessa pesquisa.

ANEXO B – Ferramenta fornecida pela AHRQ

Main Menu

Update Tables and Graphs

Overall Statistics:

Month & year of end of data collection:	June-17
Number of surveys distributed:	270

Hospital Name:
Hospital Filantrópico

Number Surveys Entered: (based on number with ID)	125
Response	46%

ENTER DATA ONLY IN GREEN CELLS

				SECTION A																		SECTION B				SECTION C						SECTION D		
SiteID	UniqueID	Your Work Area/Unit	If Work Area is "n" for Other,	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	C5	C6	D1	D2	D3
1	1	F		4	4	4	4	3	4	1	2	4	1	2	2	4	3	5	3	1	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	5	5	5
2	6	F		4	2	2	4	4	4	4	2	4	4	2	2	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	5	5	5
3	14	F		4	4	4	4	4	4	2	4	3	2	2	2	3	2	4	5	4	4	3	4	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4
4	29	F		4	2	4	4	4	4	2	4	3		4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	2	2	4	3	4	4	4	2	2	2	2
5	30	F		4	5	4	4	3	4	3	2	4	3	4	2	4	2	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	3	3	2
6	3	F		2	2	4	3	3	4	1	3	3	2	3	3	4	2	3	5	2	4	3	3	4	2	3	2	3	2	4	5	4	3	2
7	4	F		2	4	2	5	3	5	2	2	5	4	2	5	2	2	4	5	2	5	3	4	2	2	4	4	4	4	4	5	2	2	4
8	5	F		5	2	5	4	5	4	2	5	4	2	1	5	5	2	4	5	2	2	2	4	2	2	4	2	5	1	5	2	5	5	5
9	7	F		4	1	4	5	5	5	1	5	5	4	2	4	4	4	1	5	2	5	1	2	4	1	4	2	2	4	4	2	4	3	2
10	9	F		4	2	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	2	2	2	2	2	4	2	4	2	3	3	4
11	12	F		5	5	5	4	4	4	3	4	5		5	2	4	2	4	4	2	4	4	5	2	2	4	4	5	4	5	2	4	4	5
12	13	F		4	5	5	4	4	5	3	2	2	3	4	4	4	2	5	4	1	5	4	4	2	2	5	5	4	4	4	2	5	4	4
13	15	F		2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	2	4	4	2	4	4	4	2	1	4	4	4	2	2	2	4	4	4
14	16	F		4	4	4	4	4	4	2	2	4	3		3		2	4	4	2	4	4	4	2	2	4	3	4	3	3	2	5	4	5
15	21	F		5	5	4	4	4	5	2	2	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	5	4	4	2	5	2	4	4	5	2	2	2	2
16	22	F		4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	4	2	4	2	4	4	2	2	4	4	3	2	4	2	4	4	4	2	2	3	2
17	23	F		5	5	5	5	1	5	1	3	5		4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2	2	5	2	4	3	5	1	5	5	5
18	24	F		5	4	5	5	2	4	2	4	4	4	4	4	4	5	2	5	4	4	5	4	4	2	2	4	4	2	4	4	4	4	5

Notes: 1) 'R' = a negatively worded item. 2) Chart totals exclude missing & may not sum to 100% due to rounding. 3) Missing = % of respondents with missing data. 4) Item data not displayed for fewer than 3 respondents. 5) % not displayed for 5% or less.

Main Menu

Item-Level Results for Hospital Filantrópico

Number of responses=125

Positive | Neutral | Negative

2. Supervisor/Manager Expectations & Actions Promoting Patient Safety

1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures. (B1)	72%	9%	19%	(Missing = 0%)
2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety. (B2)	74%	10%	16%	(Missing = 0%)
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts. (B3R)	69%	16%	16%	(Missing = 0%)
4. My supervisor/manager overlooks patient safety				(Missing = 1%)

ANEXO C – Autorização para utilização do HSOPSC e da ferramenta oferecida pela AHRQ

17 de 17

Dear Tamyris Garcia,

Thank you for your interest in the Surveys on Patient Safety Culture™. We in the Patient Safety Culture Surveys Support Group at Westat (SafetyCultureSurveys@westat.com) have been authorized to respond on behalf of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) by Ms. Randie Siegel, Associate Director, Office of Communications. Our group, as the Safety Culture Surveys support contractor, handles the majority of permissions for these tools and their related documents in English, notifies AHRQ of requests for permission to translate these documents, and maintains an electronic community for international users.

However, before we can handle your request, we need additional information about you, your organizational or academic affiliation, the specific Survey you want permission to use, and where you plan to conduct the Survey. We can grant permission to use the Surveys in research, such as for a graduate degree, or for programs to improve the quality of patient care. We cannot grant permission for commercial use of the Surveys.

We would like to know what, if anything, you have done with the Hospital survey-- to learn how international users are using the survey. We have a few questions for you:

1. Did you translate the survey? If you did, can you send us your translation? We like to keep translations for our records. We will never share your survey with another user, but with your permission we can send them your contact information.
2. Do we have permission to share your contact information with other users?
3. Did you administer the hospital survey? If so, what year?
4. What are the names of the hospitals that you administered the survey in?
5. Do you have any publications, reports, etc. that you would like to share with us?

We look forward to hearing from you again soon.

17 de 17

Dear Tamyris Garcia,

Thank you for the information about your use of the Surveys on Patient Safety Culture™. We in the Patient Safety Culture Surveys Support Group at Westat (SafetyCultureSurveys@westat.com) have been authorized to respond on behalf of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) by Ms. Randie Siegel, Associate Director, Office of Communications and Knowledge Transfer, Publishing and Electronic Dissemination. Our group, as the Safety Culture Surveys support contractor, handles the majority of permissions for these tools and their related documents in English, notifies AHRQ of requests for permission to translate these documents, and maintains an electronic community for international users.

Based on your description of your project, AHRQ grants you permission to use the Hospital Survey on Patient Safety Culture in English, or the approved translation of Portuguese, for your graduate research at Federal University of the State of Rio de Janeiro in Brazil. AHRQ requests that you note on the survey forms that the form is "reprinted/translated with permission from the Agency for Healthcare Research and Quality (an Agency of the United States Department of Health and Human Services); Rockville, Maryland USA." In any publication of the results of the survey, such as a thesis, internal report to the hospital, or professional journal article, please include a proper source citation.

The AHRQ Web site for the patient safety culture surveys is http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html. The survey form and related materials can be found at this site. Be sure to read the Survey User's Guide for the appropriate survey, especially the sections on modifying or translating the survey. For technical questions, please contact us. We can also put you in touch with other non-U.S. users of the survey (go to "International Users of the Surveys on Patient Safety Culture" for more information).

If you have questions about permissions issues, or if you are interested in permissions to use or translate other AHRQ tools or documents, please feel free to contact Ms. Siegel or David Lewin, Manager of Copyrights & Permissions, Office of Communications and Knowledge Transfer.

ANEXO D – Autorização do comitê de ética em pesquisa

UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cultura de segurança do paciente conforme perspectivas dos profissionais de saúde em hospitais acreditado e não acreditado

Pesquisador: Tamyris Garcia de Assis

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 70961717.9.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.306.334

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 29 de Setembro de 2017

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)