

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Ciências Farmacêuticas

Programa de Pós-Graduação em Fármaco e Medicamentos

Área de Produção e Controle Farmacêutico

**A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do
paciente em hospital universitário**

GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES MOTA

Dissertação para obtenção do Título de Mestre

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Ribeiro

São Paulo

2018

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Ciências Farmacêuticas

Programa de Pós-Graduação em Fármaco e Medicamentos

Área de Produção e Controle Farmacêutico

**A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do
paciente em hospital universitário**

GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES MOTA

Versão original

Dissertação para obtenção do Título de Mestre

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Ribeiro

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Elaborada pela Divisão de Biblioteca e
Documentação do Conjunto das Químicas da USP.

Bibliotecária responsável pela orientação de catalogação da publicação:
Marlene Aparecida Vieira - CRB - 8/5562

<p>F683p Fontes-Mota, Gêssica Caroline Henrique A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário / Gêssica Caroline Henrique Fontes-Mota. -- São Paulo, 2018. 141p.</p> <p>Dissertação (mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo. Departamento de Farmácia Orientador: Ribeiro, Eliane</p> <p>1. Política de saúde 2. Saúde pública I. T. II. Ribeiro, Eliane, orientador.</p> <p>614 CDD</p>

GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES MOTA

A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente
em hospital universitário

Comissão Julgadora
da
Dissertação para obtenção do Título de Mestre

Profa. Dra.
Orientadora/Presidente

1° examinador

2° examinador

3° examinador

São Paulo, _____ de _____ de 2018

À Deus, com todo o meu amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus, pela Sua fidelidade e presença constante em tudo na minha vida. O Seu amor me capacita.

Ao meu esposo Davi, pelo amor, companheirismo, compreensão e paciência para realização deste trabalho. Muito obrigada pelo incentivo diário e por acreditar na minha capacidade. A sua vida é minha maior inspiração.

À minha mãe Simone e seu esposo Christer, pelo apoio, dedicação e amor. Sou extremamente grata pelos ensinamentos e confiança, por estarem sempre presentes, apesar da distância.

Ao meu pai Fernando e sua esposa Lyana, pelo amor e estímulo. Agradeço pela perseverança e exemplo de vida, por sempre acreditarem no conhecimento e saber.

Aos meus irmãos Luana e Afonso, pelo carinho e convivência. Vocês fazem parte desta conquista.

Às minhas avós Maria e Fernanda, pelo conhecimento e exemplo. Obrigada pelos anos de dedicação e carinho com a minha vida.

Aos meus sobrinhos Maria Eduarda e Heitor pela beleza da vida, que mesmo tão pequenos, já me ensinaram tanto sobre o amor.

Aos meus sogros Lindalva e Hidelbrando, pela confiança e carinho, sempre me estimulando a ser cada vez melhor.

Aos meus cunhados Ana Carolina, Aline, Lia, Hidelbrando Filho e Gustavo, pela amizade e convivência. Muito obrigada pelo apoio de sempre.

À toda a minha família, pelo amor, respeito e dedicação, especialmente, às minhas tias e primos, que, mesmo distante, sempre me incentivaram a conquistar meus sonhos.

À minha orientadora Profa. Eliane Ribeiro, pela confiança, disponibilidade, paciência e dedicação. Os seus conhecimentos e ensinamentos foram essenciais para realização deste trabalho. Agradeço imensamente por esse tempo de convivência e aprendizado.

À minha amiga-irmã Carlla, pela amizade, ajuda e carinho. Muito obrigada por sempre acreditar em mim e pela convivência diária. A sua participação durante todo o processo foi fundamental para esta vitória.

Às minhas amigas de mestrado, por todos os momentos vividos juntas, especialmente, Franciele e Nathália, pelo companheirismo e paciência. A amizade de vocês foi muito valiosa neste período.

Às minhas amigas e companheiras de profissão Caroline, Ana Carolina Souza e Ana Carolina D'Alessandro, pelo incentivo e ajuda de sempre. Agradeço pelas experiências compartilhadas e amadurecimento profissional.

Às minhas amigas de infância Andréa e Thereza, pelo amor e convivência que sempre existiram por todos esses anos. Muito obrigada pela nossa amizade.

Às minhas queridas amigas de Fortaleza, pelo companheirismo e amizade, em especial, Patrícia, Lívia, Marcela, Scarlett e Ingrid. O apoio de vocês sempre me ajudou muito.

À Igreja Monte Sião, especialmente, aos meus queridos amigos do Link Perdizes, pelo carinho, convivência e estímulo. Obrigada por me levarem sempre para mais perto de Deus.

À instituição hospitalar, cenário deste estudo, pela oportunidade em desenvolver esta pesquisa.

Aos professores participantes da minha formação, em especial, à Profa. Nicolina Lieber, pelo crescimento pessoal e profissional.

Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade e contribuições para este trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela concessão da bolsa de mestrado para a realização desta pesquisa.

*“Quando me deito, durmo em paz, pois só Tu, ó Senhor, me fazes viver em segurança”
(Salmos 4:8)*

RESUMO

FONTES-MOTA, G.C.H. **A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário.** 2018. 141f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

A Cultura de Segurança (CS) conceitua-se como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso da administração de uma organização segura. O objetivo deste trabalho foi avaliar a CS do paciente em hospital universitário, por meio da aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), que possui 42 itens divididos em 12 dimensões. O HSOPSC foi entregue aos funcionários de todos os departamentos do hospital e de diferentes níveis de escolaridade, no período de dezembro de 2016 à maio de 2017. Os percentuais de respostas positivas, neutras e negativas foram calculados para identificar áreas fortes e frágeis para CS. Dos 430 questionários distribuídos, 368 (86%) foram considerados válidos. A porcentagem geral de respostas positivas foi de 50,3%. A dimensão “Ações e expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” obteve o maior percentual de respostas positivas (67,1%), entretanto, nenhuma dimensão atingiu o valor acima de 75% para ser considerada uma “área forte” para segurança do paciente. A principal fragilidade para CS foi observada na dimensão “Respostas não punitivas aos erros”, com menor porcentagem de respostas positivas (22,9%) e menor mediana (41,7%). A maioria dos profissionais (70,6%) não realizou notificação de eventos nos últimos 12 meses, os funcionários do departamento médico ou de nível superior de escolaridade foram os que apresentaram a menor frequência dessas notificações. Apesar disso, 69,5% dos participantes consideraram a segurança do paciente dentro da unidade/área de trabalho como “excelente” ou “muito boa”. Conclui-se que a CS da instituição foi considerada mediana, sendo identificados dimensões frágeis, tais como: respostas não punitivas aos erros e adequação de profissionais. Assim, deve-se investir, principalmente, na promoção e disseminação de uma CS justa e não punitiva em todas as áreas do hospital.

Palavras-chave: Qualidade do cuidado de saúde. Pesquisa em serviços de saúde. Segurança do paciente. Cultura de segurança.

ABSTRACT

FONTES-MOTA, G.C.H. The perception of health professionals about patient safety culture in a university hospital. 2018. 141f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

The Safety Culture (SC) is conceptualized as the product of values, actions, skills and patterns of behavior of individuals and group, which determine the commitment of the management of a safe organization. The objective of this study was to evaluate the SC on the patient in a university hospital, through the application of the instrument Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), which has 42 items divided into 12 dimensions. The HSOPSC was delivered to employees in all hospital departments and at different educational levels from December 2016 to May 2017. The percentages of positive, neutral and negative responses were calculated to identify strong and fragile areas for SC. Of the 430 questionnaires distributed, 368 (86%) were considered valid. The overall percentage of positive responses was 50.3%. The dimension "Actions and expectations about your supervisor and actions that promote patient safety" obtained the highest percentage of positive responses (67.1%). However, no dimension reached a value above 75% so could be considered an "strong area" for patient safety. The main fragility for SC was observed in the dimension "Non-punitive responses to errors", with a lower percentage of positive responses (22.9%) and a lower median (41.7%). Most professionals (70.6%) did not report events in the last 12 months, the medical department or higher educational level employees presented the lowest frequency of these reports. Despite this, 69.5% of the participants considered patient safety within the unit/work area to be "excellent" or "very good". Our results showed that the SC of the institution was considered median, and fragile dimensions were identified, such as: non-punitive responses to errors and adequacy of professionals. Thus, it is necessary to invest mainly in promoting and disseminating a fair and non-punitive culture in all areas of the hospital.

Keywords: Quality of health care. Health services research. Patient safety. Safety management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo do Queijo Suíço	30
Figura 2 -	Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultados mensuráveis pela Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente	42
Figura 3 -	Distribuição de respostas para avaliação da segurança do paciente pelos profissionais na unidade/área de trabalho. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	83
Figura 4 -	Distribuição de respostas para quantidade de notificação de eventos realizada pelos profissionais nos últimos 12 meses. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	84
Figura 5 -	Porcentagens de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões e geral do questionário. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	86
Figura 6 -	<i>Boxplots</i> representando as distribuições dos escores das dimensões e geral do questionário. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	89
Figura 7 -	<i>Boxplots</i> representando as distribuições dos escores das dimensões de cultura de segurança por departamento. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	90
Figura 8 -	<i>Boxplots</i> representando as distribuições dos escores das dimensões de cultura de segurança por nível de escolaridade. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	93
Figura 9 -	Correlação de Kendall para cada dimensão de cultura de segurança entre escolaridades. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	94

Figura 10 - Correlação de Kendall para cada dimensão de cultura de segurança entre notas para segurança do paciente. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018 96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resultado do teste Alfa de Cronbach para cada dimensão e para o valor geral do questionário (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) da pesquisa sobre cultura de segurança realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	56
Quadro 2 - Estatística descritiva representando as distribuições dos escores das dimensões e geral do questionário. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	88
Quadro 3 - Comentários relacionados à cultura de segurança do paciente segundo as dimensões. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos participantes por departamento e nível de escolaridade da pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	55
Tabela 2 -	Características gerais da amostra da pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	58
Tabela 3 -	Distribuição de respostas por dimensão - Trabalho em equipe dentro das unidades. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	63
Tabela 4 -	Distribuição de respostas por dimensão - Ações e expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	65
Tabela 5 -	Distribuição de respostas por dimensão - Aprendizado organizacional/melhoria contínua. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	66
Tabela 6 -	Distribuição de respostas por dimensão - Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	68
Tabela 7 -	Distribuição de respostas por dimensão - Abertura da comunicação. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	70

Tabela 8 -	Distribuição de respostas por dimensão - Adequação de profissionais. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	71
Tabela 9 -	Distribuição de respostas por dimensão - Respostas não punitivas aos erros. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	73
Tabela 10 -	Distribuição de respostas por dimensão - Apoio da gestão para a segurança do paciente. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	75
Tabela 11 -	Distribuição de respostas por dimensão - Trabalho em equipe entre as unidades. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	77
Tabela 12 -	Distribuição de respostas por dimensão - Passagem de plantão ou de turno/transferências. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018.....	79
Tabela 13 -	Distribuição de respostas por dimensão - Percepção geral da segurança do paciente. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	80
Tabela 14 -	Distribuição de respostas por dimensão - Frequência de notificação de eventos. Pesquisa sobre cultura de segurança (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC</i>) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
CS	Cultura de Segurança
DFLC	Departamento de Farmácia e Laboratório Clínico
EA	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
FCF-USP	Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo
HMPS	<i>The Harvard Medical Practice Study</i>
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IAEA	<i>International Atomic Energy Agency</i>
IHI	<i>Institute for Healthy Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
ISMP	<i>Institute for Safe Medication Practices</i>
MS	Ministério da Saúde
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
NPSF	<i>National Patient Safety Foundation</i>
NSP	Núcleos de Segurança do Paciente
OAC	Organizações de Alta Confiabilidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDCA	<i>Plan-Do-Check-Act</i>
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
Proadess	Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
SAQ	<i>Safety Attitudes Survey</i>

SBAR	<i>Situation-Background-Assessment-Recommendation</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCMPS	<i>The Utah Colorado Medical Practice Study</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	25
2.1	Objetivo geral	25
2.2	Objetivos específicos	25
3	REVISÃO DA LITERATURA	27
3.1	Qualidade em saúde e segurança do paciente	27
3.2	Cultura de segurança do paciente	36
4	MATERIAIS E MÉTODOS	45
4.1	Tipo de estudo	45
4.2	Local do estudo	45
4.3	Amostra	45
4.4	Crítérios de elegibilidade	46
4.5	Variáveis	47
4.6	Instrumento de coleta de dados	47
4.7	Coleta de dados	49
4.8	Análise dos dados	50
4.9	Considerações éticas	52
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5.1	Fidedignidade do instrumento de coleta de dados	56
5.2	Características gerais da amostra	57
5.3	Dimensões da cultura de segurança em nível da unidade do hospital	62
5.3.1	Trabalho em equipe dentro das unidades	62
5.3.2	Ações e expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	64
5.3.3	Aprendizado organizacional/melhoria contínua	65
5.3.4	Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro	67
5.3.5	Abertura da comunicação	69
5.3.6	Adequação de profissionais	70
5.3.7	Respostas não punitivas aos erros	72
5.4	Dimensões da cultura de segurança em nível da organização hospitalar	74
5.4.1	Apoio da gestão para a segurança do paciente	74

5.4.2	Trabalho em equipe entre as unidades	76
5.4.3	Passagem de plantão ou de turno/transferências	78
5.5	Dimensões de resultado da cultura de segurança	79
5.5.1	Percepção geral da segurança do paciente	79
5.5.2	Frequência de notificação de eventos	81
5.6	Seção - Nota de segurança do paciente	82
5.7	Seção - Notificação de eventos nos últimos 12 meses	84
5.8	Distribuição da porcentagem de respostas por dimensão e geral	85
5.9	Distribuição dos resultados por dimensões e geral	87
5.10	Testes estatísticos das dimensões de cultura de segurança	89
5.10.1	Departamento hospitalar	89
5.10.2	Nível de escolaridade	92
5.10.3	Nota para segurança do paciente	95
5.11	Comentários sobre segurança do paciente no hospital	97
6	CONCLUSÃO	104
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	124
	ANEXO A - Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)	127
	ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP da FCF-USP	134
	ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP do Hospital	138

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Cultura de Segurança (CS) foi conceituada pela *Health and Safety Commission* como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura (BRITAIN, 1993). Organizações com CS positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e pela confiança na efetividade de medidas preventivas (NIEVA; SORRA, 2003).

Segundo Donabedian (1992), para assegurar a qualidade nos cuidados de saúde, realiza-se a avaliação da sua qualidade, que, geralmente, tem o objetivo de detectar se algo precisa ser feito em relação a uma situação, e só posteriormente é que se avalia o sucesso das medidas tomadas.

A avaliação da qualidade do cuidado é realizada a partir da utilização de indicadores, que representem os três aspectos principais da instituição: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980, 1993). O estudo da “estrutura” desenvolve-se a nível institucional e abrange a avaliação dos elementos estáveis da instituição. Alguns exemplos de recursos avaliados nesse aspecto são: a organização administrativa da instituição, a descrição das características das instalações, a equipe médica disponível, o perfil e a experiência dos profissionais envolvidos, e a adequação com as normas vigentes. No estudo do “processo”, a avaliação pode ser realizada sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo, por meio de observação direta da prática ou de estudos baseados nos registros médicos. Para tal, utilizam-se critérios estabelecidos pelo estudo da eficácia e da efetividade da prática médica para efetuar um atendimento de qualidade (REIS et al.1990).

A avaliação do “resultado” é considerada o que há de mais próximo em termos de avaliação de cuidado total. No entanto, para Donabedian, o “processo” é o caminho direto para a avaliação da qualidade em saúde e o “resultado” é o indicador indireto, porque reflete os efeitos das ações já realizadas (DONABEDIAN, 1978, 1980, 1992). Por isso, ao iniciar a avaliação pelo “processo”, é possível analisar os resultados esperados e utilizá-los como parâmetro para o julgamento dos resultados alcançados (TANAKA, 2011).

Atualmente, sabe-se que o incidente é decorrente de uma falha sistêmica na instituição. Portanto, deve ser analisado sob a perspectiva sistêmica para que, conseqüentemente, ocorra o aprendizado contínuo e a melhoria da assistência prestada por essas instituições de saúde. A análise sistemática de incidentes pode revelar os pontos de melhoria de todo o sistema, levando à compreensão dos fatores contribuintes para a ocorrência do incidente e à priorização dessas ocorrências (VINCENT, 2009).

Nesse contexto, a avaliação da CS permite identificar e gerir, prospectivamente, as questões relevantes de segurança nas rotinas e nas condições de trabalho, a fim de monitorar alterações e resultados relacionados à segurança nas instituições de saúde. A avaliação da CS pode ter múltiplas propostas:

- o diagnóstico da CS e a conscientização dos profissionais acerca do tema;
- a avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento dessas alterações ao longo do tempo;
- a comparação com dados de referência internos e externos à organização;
- a verificação do cumprimento de necessidades regulatórias (SORRA; NIEVA, 2004).

Segundo a Agência Nacional de Segurança do Paciente (*National Patient Safety Agency* – NPSA) do Reino Unido, promover uma CS é o primeiro dos “Sete Passos para a Segurança do Paciente” (NPSA, 2004). A promoção da CS apresenta-se como ponto favorável para o desenvolvimento das atividades de melhoria contínua, como, por exemplo, o monitoramento e o planejamento da segurança, e os ciclos de avaliação e melhoria da segurança, sendo os processos-chave da gestão de segurança (GAMA; SATURNO, 2013).

Assim, a avaliação da CS é um processo essencial para o monitoramento da segurança, sendo realizada por meio de aplicação de questionário aos funcionários da instituição que se pretende fazer a análise. A seleção do questionário a ser utilizado depende de sua finalidade e das perguntas às quais se pretende responder. Além disso, ele deve ser adequado em termos de suas propriedades psicométricas (COLLA et al., 2005).

Os dois questionários mais amplamente utilizados para a avaliação da CS são a “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente” (*Patient Safety Culture Survey*), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ); e o “Questionário de Clima de Segurança” (*Safety Attitudes Survey* - SAQ) (AHRQ, 2010; SEXTON et al., 2006; COLLA et al., 2005). A tradução

dos dois questionários para português encontra-se disponível para uso no Brasil. A Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente, em sua versão aplicável a hospitais *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), foi adaptada e, posteriormente, validada para o Brasil (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; REIS, 2013), assim como o SAQ (CARVALHO, 2011).

São elegíveis a responder o HSOPSC e o SAQ, os profissionais que trabalham em hospitais e que possuem contato direto com os pacientes internados; e os profissionais que não têm contato direto com o paciente, mas que suas funções desempenhadas no trabalho afetam diretamente o cuidado ao paciente internado, como líderes, gerentes, supervisores e administradores. Esses questionários foram delineados com o objetivo de mensurar múltiplas dimensões da CS. Eles questionam a opinião de seus respondentes sobre pontos importantes relacionados à segurança do paciente, por exemplo: valores, crenças e normas da organização; notificação de Eventos Adversos (EA); comunicação; liderança e gestão (SOUSA; MENDES, 2014b).

Muitas avaliações de CS foram realizadas em hospitais de todo mundo, por meio dos questionários citados anteriormente. Apesar disso, alguns estudos avaliaram somente uma classe de profissionais ou uma unidade da instituição (BOUAFIA et al., 2014; BRABCOVÁ et al., 2015; AMMOURI et al., 2015; TOURANI et al., 2015; CAUDURO et al., 2015; MALLOULI et al., 2017). Em relação aos estudos realizados em instituições de saúde brasileiras, a maioria deles avaliou somente uma parte dos funcionários ou alguns setores/unidades do hospital (REIS, 2013; CARVALHO et al., 2015; LUIZ et al., 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015; CARVALHO et al., 2017).

Do mesmo modo, um estudo, realizado por Silva et al. (2017), mostrou que as produções científicas acerca da CS, realizadas no Brasil, não oferecem um resultado de curto prazo, somente de médio e longo prazos, reforçando ou corrigindo os caminhos das políticas de segurança. A autora também afirma que houve um crescente número de publicações brasileiras sobre o assunto a partir dos anos de 2015 e 2016, justificando tal fato pela consolidação das políticas públicas no Brasil.

Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), implantou o Programa Rede Sentinela, cujo objetivo era obter informações de qualidade sobre EA. Apesar disso, somente em 2014, que a Rede Sentinela passou a ser disciplinada por instrumentos normativos,

que trouxe fundamentação legal para as atividades do programa, além de critérios básicos de acompanhamento das instituições credenciadas (BRASIL, 2014). Outra normativa do Ministério da Saúde (MS), a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) para a qualificação dos cuidados em saúde em todo o território nacional, tendo como uma das ações fomentar, implantar e fortalecer a CS em estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013b). Em seguida, outras normas legais foram sancionadas pela Anvisa que corroboravam para a consolidação dessas ações.

Ainda em relação ao estudo anterior, Silva et al. (2017) identificaram a necessidade da realização e publicação de mais pesquisas, devido ao número reduzido de estudos sobre CS realizados no país, com o objetivo de promover o planejamento de ações que busquem uma CS positiva e que reflitam diretamente numa assistência à saúde com qualidade e segurança ao paciente.

Com base neste contexto, avaliou-se a situação da CS de hospital universitário, por meio das percepções dos profissionais da instituição, utilizando o questionário HSOPSC para coletar essas informações. Trata-se de hospital que participa do Programa Hospitais Sentinela, da Anvisa; possui uma equipe altamente qualificada, com a maioria dos funcionários com pós-graduação *stricto sensu* e *lacto sensu*; apresenta governança diferenciada: um conselho gestor composto, especialmente, por dirigentes de unidades de ensino superior da própria universidade, que tem o hospital como o principal campo de estágio para os alunos das suas unidades.

Essa avaliação permitiu conhecer o diagnóstico atual da CS, bem como os pontos fortes e fracos dessa organização hospitalar universitária, além de sensibilizar os profissionais sobre a importância do assunto. Há possibilidade de dar devolutiva aos funcionários, divulgando as experiências bem-sucedidas para serem exemplos de sucesso para todas as unidades e outras instituições. O estudo também propôs, com base nos achados, subsídios para a revisão das estratégias e a elaboração de novas metas para promoção e fortalecimento da CS, de maneira direcionada, para possibilitar a melhoria na qualidade e na segurança no cuidado de saúde prestado aos pacientes assistidos no hospital em questão.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a situação da CS do paciente em hospital universitário, por meio das percepções de seus funcionários.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar a influência das dimensões propostas pelo instrumento na CS da instituição.
- Identificar as potencialidades e fragilidades da CS na organização, de acordo com as dimensões do questionário.
- Analisar a relação das variáveis do estudo com as dimensões de CS do paciente.

REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Qualidade em saúde e segurança do paciente

O conceito de qualidade em saúde vem se alterando ao longo dos anos, a evolução e a diversidade desses conceitos refletem a relevância dos problemas em cada situação específica relacionada à qualidade do cuidado (SOUSA; MENDES, 2014a). A qualidade da assistência é conceituada pelo *Institute of Medicine* (IOM) como o grau em que as organizações de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejados, tanto para indivíduos como para populações, além do quanto essas organizações possuem um conhecimento profissional consistente (BLUMENTHAL, 1996).

Conforme Avedis Donabedian (1919-2000), renomado estudioso sobre o assunto, a qualidade na assistência à saúde é definida como aquela que produz os melhores resultados de saúde (entre benefícios e danos) para a população como um todo, dado um volume específico de recursos para os cuidados de saúde (DONABEDIAN, 1980). O autor também destaca que a qualidade do cuidado de saúde é um produto de dois fatores: a ciência e a tecnologia, juntamente com a aplicação destas nas práticas de saúde. Complementa que a qualidade do cuidado em saúde é composta por diversos atributos, que incluem: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. São esses atributos que, avaliados isoladamente ou em uma variedade de combinações, expressam a magnitude da qualidade (DONABEDIAN, 2003).

A avaliação da qualidade é realizada a partir da utilização de indicadores representativos, que envolvem três aspectos principais: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura compreende fatores referentes às condições que o cuidado é prestado, englobando estrutura física e recursos materiais; recursos humanos; e recursos financeiros envolvidos na assistência. O processo compreende o conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde que participam diretamente do cuidado prestado ao paciente. O conceito de resultado refere-se às alterações no estado de saúde dos pacientes, que podem ser atribuídas a satisfação dos pacientes e dos familiares com o cuidado e seus resultados (DONABEDIAN, 1980, 1993).

Em relação ao gerenciamento de qualidade, Joseph Juran (1904-2008) desenvolveu a Trilogia de Juran, que envolve três processos gerenciais: planejamento, controle e melhoria. O

planejamento da qualidade representa o processo de projetar produtos, serviços e processos para atender a metas inovadoras. O controle de qualidade compreende no processo de cumprimento de metas durante as operações, e a melhoria da qualidade no processo de criação de avanços para maiores níveis de desempenho (JURAN, 1989).

A situação da qualidade em serviços de saúde preocupa estudiosos há muito tempo. No século XIX, a enfermeira inglesa Florence Nightingale (1820-1910) revolucionou a enfermagem e causou um impacto muito importante no ensino dessa profissão, incentivando alterações nos cuidados a saúde para melhoria da segurança do paciente. Durante a Guerra da Crimeia, Florence foi convidada pelo governo britânico a chefiar as primeiras enfermeiras em hospitais de campanha. Neste período, ela observou as condições dos hospitais ingleses e, com base nas suas observações, introduziu alterações simples na higiene e alimentação dos soldados, o que provocou uma diminuição significativa no número de infecções e mortes. A enfermeira afirmava, nas obras que publicou durante sua vida, que a estrutura e a organização dos hospitais influenciavam diretamente na recuperação do paciente (LOPES; SANTOS, 2010).

Outros contemporâneos de Florence Nightingale, também não foram compreendidos por seus pares, como, por exemplo, Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) e Ernest Amory Codman (1869-1940). Médicos que introduziram a lavagem das mãos e a avaliação dos resultados das cirurgias, que seria a base para os padrões de acreditação hospitalar, respectivamente (SOUSA; MENDES, 2014a).

No entanto, somente no início da década de 1980, foi realizado o primeiro estudo, que tornou conhecida a magnitude dos problemas de segurança de pacientes internados, em hospitais do estado de Nova Iorque nos Estados Unidos da América (EUA). O *The Harvard Medical Practice Study* (HMPS) teve como objetivo aumentar as evidências sobre a incidência de EA entre os pacientes hospitalizados. Tratou-se de um estudo retrospectivo, com uma amostra aleatória de mais de 30 mil processos clínicos/prontuários de pacientes internados em 51 hospitais no ano de 1984. Um dos focos principais deste estudo foi realizar uma medida populacional da incidência de danos durante a hospitalização, decorrente de intervenções médicas. Seus resultados mostraram que 3,7% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente, sendo que a maioria poderia ter sido evitada. Dentre estes, 2,6% tiveram problemas que implicaram em incapacidade total, permanente ou morte (LEAPE et al., 1991).

Também nos EUA, foi realizado o *The Utah Colorado Medical Practice Study* (UCMPS), nos estados de Utah e Colorado, no qual foi analisada uma amostra de 14.700 prontuários de pacientes internados em 1992, envolvendo 26 hospitais. Este estudo mostrou uma incidência de EA de 2,9 por 100 pacientes nos dois estados. Dentre eles, 32,6% dos casos de EA em Utah e 27,4% no Colorado ocorreram devido à negligência (GAWANDE et al., 1999).

Outro estudo, cujo objetivo foi melhorar a qualidade dos cuidados de saúde na Austrália, aplicou o mesmo método do estudo de Harvard e revisou mais de 14 mil prontuários de pacientes admitidos em 28 hospitais no ano de 1992. O estudo revelou que 16,6% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente. Destes, 13,7% sofreram incapacidades permanentes e 4,9% morreram. Também, nesse caso, 51% dos incidentes foram classificados como evitáveis (WEINGART et al., 2000).

A grande diferença entre os achados de incidências de EA nesses estudos motivou a realização de um outro, que comparou os dados australianos com os dados de Utah e Colorado. A justificativa para essa discrepância poderia ser explicada por diferenças na qualidade do cuidado, no conteúdo dos prontuários e no comportamento dos médicos revisores (WILSON et al., 1995).

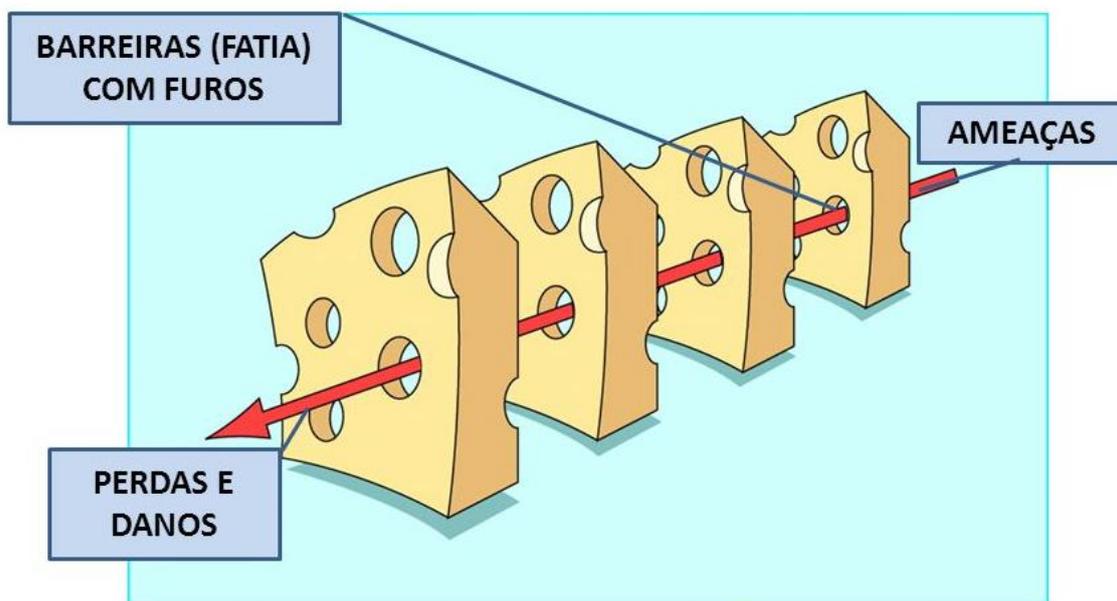
O mesmo método foi aplicado em estudos realizados na Inglaterra (VINCENT; NEALE; WOLOSZYNOWYCH, 2001), Canadá (BAKER et al., 2004), Dinamarca (SCHIOLER et al., 2002), França (MICHEL et al., 2004), Portugal (SOUSA et al., 2011), Turquia (LETAIEF et al., 2011), Espanha (ARANAZ-ANDRÉS et al., 2008), Suécia (SOOP et al., 2009), Holanda (ZEGERS et al., 2009) e Brasil (MENDES et al., 2009), que confirmaram a alta incidência de EA. Em média, 10% dos pacientes internados sofreram algum tipo de EA. Dentre estes, 50% poderiam ter sido evitados (VRIES et al., 2008).

O termo EA foi introduzido pelo HMPS, sendo definido como um dano causado pelo cuidado na assistência e não pela doença de base, que prolongou a estadia do paciente ou resultou numa incapacidade presente no momento da alta (LEAPE et al., 1991). Essa definição foi aprimorada nos estudos citados anteriormente. Assim, EA passou a ser definido como dano não intencional, que resultou em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de internação ou morte como consequência do cuidado prestado ao paciente (RUNCIMAN; WEBB; HELPS, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu EA como dano não intencional decorrente da assistência prestada ao paciente, não relacionado à evolução natural da doença de base. Por sua vez, neste mesmo documento, a OMS definiu erro como uma falha na execução de uma ação planejada ou na aplicação de um planejamento incorreto, ou seja, uma falha não intencional na fase de planejamento ou execução (WHO, 2009).

Reason (2003) propôs o Modelo do Queijo Suíço no sistema de acidentes, apresentado na Figura 1, que se adequa especialmente aos sistemas de alta tecnologia. O referido modelo possui diversas barreiras defensivas, consideradas como fatias de um queijo suíço, que tem a função de proteção. Apesar disso, o queijo apresenta muitos furos. Quando esses furos, nas várias camadas defensivas, estão momentaneamente dispostos em uma mesma direção, pode ocorrer a trajetória de um incidente. Na ocorrência do erro, o importante é identificar o motivo pelo qual os sistemas de defesas falharam.

Figura 1 - Modelo do Queijo Suíço



Fonte: Adaptação de Reason (2000).

Em 1999, o IOM elaborou o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, baseado nos estudos realizados em hospitais de Nova Iorque, Utah e Colorado, citados anteriormente neste texto, que avaliaram EA em revisões retrospectivas de prontuários (BRENNAN et al., 1991; GAWANDE et al., 1999). Por meio dessas pesquisas, estimou-se a ocorrência de 44 a 98 mil mortes anualmente nos EUA devido aos EA resultantes de cuidados

de saúde. O custo adicional associado a esses eventos foi estimado entre 17 e 29 bilhões de dólares por ano, incluindo as perdas de rendimento e as incapacidades resultantes (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

Recentemente, um estudo, realizado por Makary e Daniel (2016), comparou as incidências de óbitos devido aos EA encontradas em outras pesquisas subsequentes, as quais demonstraram que a estimativa de mortes causadas por esses eventos, apresentados pelo relatório do IOM, era muito baixa. Essas pesquisas sugeriram que os dados encontrados pelo relatório subestimaram a magnitude do problema, referindo que mais de 400 mil mortes por ano eram causadas por EA nos EUA, ou seja, mais de quatro vezes o valor estimado pelo IOM (LEAPE et al., 1993, 2004; LEVINSON, 2010; CLASSEN et al., 2011).

Ainda sobre o relatório *To Err is Human*, quatro pontos foram destacados em relação à segurança do paciente: que o problema dos EA era grave; que os eventos foram causados por falhas nos sistemas, e não por falhas individuais; que era necessário analisar o processo de assistência; e que o tema de segurança do paciente deveria ser considerado prioridade nacional (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

O relatório chamou a atenção das organizações de saúde para a importância de se considerar a aplicação de técnicas de segurança adotadas em Organizações de Alta Confiabilidade (OAC), como, por exemplo: indústria da aviação, da energia nuclear, de petróleo e gás. Essas organizações apresentam elevados riscos envolvidos em seus processos operacionais e, portanto, buscam estabelecer consciência coletiva relacionada à segurança em todos os seus níveis de serviço, desde seus prestadores da linha de frente até seus gerentes e executivos, tendo como prioridades minimizar os riscos de incidentes e mitigar EA. Como uma questão de rotina, os trabalhadores estão sempre procurando mínimas evidências de que o ambiente ou o processo de segurança tenha sido alterado de algum modo, podendo levar à falha caso algumas medidas não sejam tomadas para resolver o problema. Essa postura permite à organização identificar problemas de segurança ou de qualidade em uma fase na qual eles são facilmente corrigidos (SOUSA; MENDES, 2014b).

Algumas estratégias foram sugeridas no relatório *To Err is Human* como forma de resolver essa problemática, destacando-se a alteração de cultura das organizações de saúde de culpabilização do indivíduo para a aprendizagem da organização por meio dos erros, incentivando os profissionais a reportarem os incidentes, procederem a sua análise sistemática

e divulguem os resultados dessa análise para que outros profissionais e pacientes se beneficiem com as recomendações, mediante a criação de sistemas de notificação confidencial de EA (SOUSA; MENDES, 2014a).

Segundo Vincent (2009), os incidentes devem ser analisados por uma perspectiva sistêmica, para que seja considerado a realização de uma aprendizagem contínua. A análise sistemática de incidentes pode revelar as fraquezas de todo o sistema, levando à compreensão dos fatores contribuintes para a ocorrência, eventualmente, do incidente e à priorização dessas ocorrências, de acordo com o grau de gravidade.

A partir da divulgação do relatório *To Err is Human*, partilhar uma CS positiva nas organizações de saúde emergiu como um dos requisitos essenciais na expectativa de reduzir a ocorrência de incidentes e, em especial, de EA, evitáveis tanto quanto possível, por meio do aprendizado proativo a partir dos erros ocorridos e do redesenho dos processos (HANDLER et al., 2006).

Além disso, alguns artigos publicados mostraram a alta frequência da síndrome do esgotamento profissional (*burn out*) em todos os profissionais e em particular entre enfermeiros e cirurgiões. Transtornos que atingem a saúde mental do profissional de saúde são considerados importantes fatores contribuintes do erro e dos EA (SHIREY, 2006). Segundo Leape (2009), os EA não são causados por más pessoas, mas por sistemas que foram mal desenhados e não produzem os resultados desejados. Esse conceito transformou o foco anterior sobre o erro individual pelo foco nos defeitos do sistema.

Em 2004, a OMS, demonstrando preocupação com a situação, criou a *World Alliance for Patient Safety*. Um dos objetivos desse programa, que passou a se chamar *Patient Safety Program*, foi organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente, além de coordenar, disseminar e acelerar melhorias na segurança do paciente a nível mundial (WHO, 2005). Com base nesse contexto, a OMS definiu segurança do paciente como redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (WHO, 2009).

Quanto às ações para reduzir os riscos e mitigar os EA, a OMS priorizou duas, que foram denominadas de desafios globais: reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos; e promover uma cirurgia mais segura, pela adoção de

uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico (WHO, 2006; WHO, 2008). Recentemente, foi divulgado um terceiro desafio global pela OMS, relacionado à segurança ao uso de medicamentos. O desafio “medicação sem dano” tem a finalidade de reduzir em 50% os danos graves evitáveis associados a medicamentos em todos os países no prazo de cinco anos (WHO, 2017).

Os programas de higienização das mãos alcançaram resultados positivos em curto período de tempo, porém é necessário a implementação, de maneira constante, de novas abordagens para o aumento da adesão. Em relação ao desafio de cirurgia segura, a utilização de *checklist* e sistemas de verificação na área da saúde ainda pode ser considerada uma prática recente nos processos de trabalho. Entretanto, esta temática ainda necessita ser explorada com a realização de mais pesquisas, além de constituir um foco para melhoria na prática em instituições de saúde (RIBEIRO, 2017).

Outras soluções têm sido estimuladas pela OMS, como, por exemplo: evitar erros com medicamentos que tenham nomes e embalagens semelhantes; evitar troca de pacientes, ao prestar qualquer cuidado, como administrar medicamento, colher amostra para exame e infundir bolsa de sangue; garantir uma correta comunicação durante a passagem de casos; retirar as soluções eletrolíticas concentradas das áreas de internação dos pacientes e controlar a sua utilização; criar mecanismos de controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantir a medicação correta em transições dos cuidados; evitar a má conexão de tubos, cateteres e seringas; e usar seringas descartáveis (WHO, 2007).

Outras iniciativas surgiram no contexto da segurança do paciente. Uma das mais conhecidas foi lançada pelo *Institute for Healthy Improvement* (IHI) em 2004, campanha chamada *100.000 Lives Campaign*, cuja meta era evitar 100 mil mortes decorrentes de EA nos hospitais dos EUA (MCCANNON et al., 2006; BERWICK et al., 2006). O sucesso alcançado pela campanha motivou o surgimento de outra: a *5 Million Lives Campaign*, que tinha como objetivo evitar cinco milhões de EA nos hospitais (MCCANNON; HACKBARTH; GRIFFIN, 2007).

Organizações não governamentais, focadas em segurança do paciente, surgiram no Canadá, Espanha, Dinamarca, Suécia e Suíça. A Austrália e o Reino Unido criaram iniciativas governamentais na área (LEAPE et al., 2009). Todas com atuações semelhantes, conduzindo

estudos, organizando sistemas de notificação e liderando ações de melhoria na assistência em saúde (ZAMBON, 2014).

No Brasil, o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (Proadess), criado com o objetivo de propor um método de avaliação de desempenho para o país, considerou a segurança do paciente como um atributo do cuidado em serviços de saúde, prestado com qualidade, apresentando definições e indicadores para cada dimensão (VIACAVA et al., 2012).

Recentemente, o MS, em parceria com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) lançou o projeto “Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil”, sendo desenvolvido entre 2017 e 2020, para orientar os profissionais de saúde quanto às melhores práticas para o cuidado da segurança do paciente nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto tem como objetivo reduzir o número de infecções e, conseqüentemente, salvar cerca de 8.500 vidas. O projeto tem como objetivo reduzir o número de infecções e, conseqüentemente, salvar cerca de 8.500 vidas. Com a redução de infecções hospitalares o tempo de permanência do paciente no hospital diminuiu, gerando economia de, aproximadamente, 1,2 bilhões de reais (BRASIL, 2017).

Dentre as iniciativas específicas no campo de segurança do paciente adotadas pelo Brasil, tem-se o Programa Rede Sentinela, criado pela Anvisa, para obter informações qualificadas sobre EA. Esse programa é composto de instituições que, desde 2002, trabalham com gerenciamento de risco sobre três pilares: busca ativa de EA, notificação de EA e uso racional das tecnologias em saúde. Na forma de projeto foi inicialmente voltado para os hospitais públicos, filantrópicos ou privados, de média e alta complexidade, que pudessem desenvolver um conjunto de atividades no sentido de fortalecer a cultura da vigilância pós-uso/pós-comercialização de produtos sob vigilância sanitária, funcionando como observatório do uso de tecnologias para o gerenciamento de riscos à saúde. Os hospitais aderiram voluntariamente ao programa e criaram uma estrutura responsável por fazer a busca, a identificação e a notificação dos EA e das queixas técnicas (“desvios de qualidade”), ligadas aos produtos sob vigilância sanitária. Posteriormente, desenvolveram eixos: 1) prioridade para o gerenciamento de risco em três áreas – a medicamentos, sangue e produtos para a saúde, desenvolvendo ações de farmacovigilância, de hemovigilância e de tecnovigilância; 2) uso racional de medicamentos; 3) uso racional de outras tecnologias em saúde; e 4) qualidade em serviços sentinela (BRASIL, 2014).

Em 2006, no Brasil, foi realizado o primeiro Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação, organizado pela Associação Mineira de Farmacêuticos, em Belo Horizonte, em parceria com o *Institute for Safe Medication Practices (ISMP)/EUA*. Este foi decisivo para a criação, em 2009, do ISMP Brasil, entidade multiprofissional que tem promovido eventos nacionais e internacionais sobre o tema e publicado boletins, capítulos em livros e artigos sobre erro de medicação (BRASIL, 2014).

Com o sucesso dessas iniciativas, em 2013, o MS instituiu o PNSP, por meio da Portaria MS/GM nº 529, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, públicos ou privados. Essa Portaria definiu como objetivos específicos do PNSP: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da saúde. A Portaria MS/GM nº 529 também instituiu, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), com a finalidade de promover ações que visassem à melhoria da segurança do cuidado em saúde (BRASIL, 2013b).

Vale ressaltar que uma das estratégias de implementação do PNSP, proposta pela Portaria, foi promover a CS com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013b).

Em 2013, complementando a Portaria MS/GM nº 529, a Anvisa instituiu ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, por meio da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Essa Resolução determinou que o NSP deveria adotar as seguintes diretrizes e princípios: a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da CS; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (BRASIL, 2013a).

Após 15 anos da publicação do *To Err is Human*, outro relatório foi divulgado, em 2015, pela *National Patient Safety Foundation* (NPSF), chamado de “Livres de danos - Acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de *To Err Is Human*”. O relatório “Livre de danos” identificou que, apesar do amadurecimento do entendimento sobre o problema de danos ao paciente, esse avanço foi acompanhado de uma redução no foco sobre a questão. O avanço da segurança do paciente exige uma alteração abrangente das intervenções reativas e pontuais para uma abordagem global de sistemas de segurança. Para que essa abordagem seja adotada, há necessidade de priorizar, constantemente, a cultura de segurança pela liderança, além do bem-estar e da segurança dos trabalhadores da assistência à saúde. Essa abordagem global significa também pensar sobre segurança em todos os aspectos relacionados ao cuidado de saúde, garantindo que a vontade e a voz dos pacientes e dos seus familiares sejam incluídas em todos os pontos do processo (NPSF, 2015).

Nesse sentido, Frankel et al. (2017) afirmaram que, em organizações seguras e confiáveis, os pacientes e familiares fazem parte efetivamente da equipe de saúde, assim como os profissionais. Essas organizações devem considerar as necessidades clínicas e sociais dos pacientes e familiares, a fim de assegurar a participação ativa dos mesmos no seu próprio cuidado e promover uma cultura centrada no paciente.

3.2 Cultura de segurança do paciente

O termo CS difundiu-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl, em 1986, considerado o pior acidente com energia nuclear. De acordo com a *International Atomic Energy Agency* (IAEA), a principal causa do acidente foi a presença de uma “cultura de segurança fraca” (IAEA, 1992). Dessa forma, o conceito de CS teve sua origem fora do contexto dos cuidados de saúde, mas em estudos de OACs (SOUSA; MENDES, 2014b).

A CS é definida, pela *Health and Safety Commission*, como produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura (BRITAIN, 1993). Segundo a OMS, uma ampla gama de estudos sustenta o conceito de que uma condição-chave para a CS em organizações de alto risco, incluindo as organizações prestadoras de cuidados de saúde, reside em um conjunto de crenças partilhadas que dão suporte a práticas seguras entre os profissionais que nelas trabalham (WHO, 2008).

O termo clima de segurança, embora seja utilizado em muitas pesquisas como sinônimo de CS, é conceituado como as características superficiais da CS a partir das atitudes e percepções dos indivíduos em um determinado ponto no tempo, ou como os componentes mensuráveis da CS (GABA et al. 2003; COLLA et al. 2005). Segundo Nascimento (2011), a multiplicidade de definições sobre cultura e clima de segurança reflete a diversidade de métodos utilizados para avaliar a CS em uma organização.

A CS é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua, aprendizado contínuo a partir das notificações de eventos e primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização (WHO, 2009).

A Portaria MS/GM nº 529, de 2013, afirma que a CS se configura a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização de saúde: 1) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo os profissionais envolvidos no cuidado e os gestores da instituição, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; 2) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3) cultura que incentiva a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; 4) cultura que promove o aprendizado organizacional, a partir da ocorrência de incidentes; e 5) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013b).

Organizações seguras encontram maneiras de restringir hierarquias em todos os níveis, encorajando os indivíduos a se manifestarem frente a situações inseguras ou quando suspeitam que algo pode estar errado. Em organizações de saúde, os gradientes de hierarquia estão presentes não apenas entre os profissionais que prestam cuidado clínico direto, mas abrangem o auxiliar administrativo da enfermagem, o farmacêutico e demais profissionais, que podem perceber e apontar condições que apresentam riscos de danos ao paciente (WACHTER, 2013a).

Em síntese, para que a CS de uma organização de saúde alcance o desempenho da CS das OAC, as seguintes características principais devem ser seguidas:

- o reconhecimento da natureza do alto risco das atividades da organização e a determinação em realizar as operações de forma consistentemente segura;
- a promoção de um ambiente livre de culpa em que os indivíduos são capazes de notificar incidentes ou quase incidentes sem medo de serem punidos;

- o encorajamento da colaboração entre os diversos níveis e a disciplina em buscar soluções para os problemas de segurança do paciente;
- o comprometimento organizacional relacionado à disponibilização de recursos para fins de responder às questões de segurança (AHRQ, 2013).

Wachter e Pronovost (2009) argumentam que a abordagem da “não culpabilidade” pode ser avaliada como uma situação de comportamento corporativista, e não como uma estratégia delineada para trabalhar as causas envolvidas na maioria dos incidentes. Os autores defendem a responsabilização mediante transgressões cometidas pelos profissionais de saúde, introduzindo uma reflexão sobre a responsabilização individual e a responsabilização coletiva.

Bell et al. (2011) enfatizam a necessidade da responsabilização coletiva, a qual abrange o profissional envolvido no incidente, a equipe prestadora do cuidado de saúde e a instituição. Para os autores, um quadro de responsabilização coletiva pressupõe uma CS forte na organização e inclui o desenvolvimento de sistemas de informação não punitivos, que apoiam os profissionais prestadores do cuidado após a ocorrência de incidentes de segurança e desenvolvam maneiras de compensar os pacientes prejudicados por erros do sistema, mitigando seus efeitos decorrentes. A abordagem sistêmica propiciou muitas melhorias na segurança do cuidado, como a criação da prescrição eletrônica, o uso de códigos de barra, a padronização e simplificação de processos e as melhorias nos equipamentos (WACHTER, 2013b).

Por outro lado, muitos estudos ainda indicam a existência de uma cultura de culpabilização excessiva, além de uma pressão sobre o desempenho do profissional em detrimento da segurança. Observou-se também uma grande variabilidade entre diferentes hospitais, ambientes de cuidados e especialidades clínicas (TSAI et al., 2013).

Além disso, Ullström et al. (2014) ressaltam a necessidade de reconhecer a natureza do fenômeno da “segunda vítima”, que se refere ao profissional de saúde que passa por sofrimento emocional após EA, bem como o apoio organizacional aos profissionais de saúde afetados. Este trabalho concluiu que a atenção deveria ser dada ao clima organizacional, no qual os EA deveriam ser abordados e discutidos de maneira não julgadora. Entretanto, Wu (2000) afirma que, apesar dos profissionais de saúde sofrerem uma série de consequências por serem “segunda vítima”, isso não significa que as experiências dos profissionais sejam necessariamente comparáveis aos danos sofridos pelos pacientes. Também deve-se considerar que, se um membro da equipe foi seriamente afetado por um incidente ocorrido, talvez ele esteja

executando suas funções de maneira insegura, sendo um possível risco a futuros pacientes, ressaltando como um ponto importante a ser abordado.

Para a OMS, a ocorrência de incidentes em organizações de saúde complexas é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias e a cultura da organização, além da abordagem em relação à gestão de qualidade, à prevenção de riscos e à capacidade de aprendizagem a partir dos erros (WHO, 2004). As organizações de saúde necessitam tornar-se um sistema que continuamente previne, detecta, mitiga ou diminui a ocorrência desses incidentes (WHO, 2009). Espera-se que a CS nas organizações de saúde seja constituída pelos seguintes componentes:

- uma cultura justa, com relação à segurança e à justiça, em que haja o consenso entre as pessoas no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis;
- uma cultura que não seja punitiva frente à ocorrência de incidentes, mas priorize buscar suas causas;
- uma cultura de notificação de incidentes, que privilegie a informação (incluindo coleta, análise e divulgação sobre informações referentes à notificação de incidentes e quase incidentes) e encoraje as pessoas a falar sobre seus erros e a notificá-los;
- uma cultura de aprendizagem, já que a organização constituiu uma memória de eventos passados, ela pode direcionar o aprendizado a partir deles (WHO, 2008).

O conceito de cultura justa está relacionado a um ambiente no qual os profissionais aceitam serem responsabilizados por suas próprias ações, por terem conhecimento que a organização os trata de forma justa e não utiliza uma cultura punitiva. Dessa forma, um aprendizado contínuo e uma cultura saudável complementam-se mutuamente para identificar e resolver os problemas clínicos, culturais e operacionais. A aprendizagem contínua requer investimento em ciclos de *feedback* para que as informações retornem aos sistemas de notificações, permitindo o compartilhamento de ideias que levem a ações de aprendizado (FRANKEL et al., 2017).

Segundo Wachter, as notificações de erro podem ser divididas em três categorias principais: anônimas, confidenciais e abertas. Para as notificações anônimas, não é solicitada a identificação do notificador. Embora apresentem a vantagem de encorajar a notificação, os sistemas anônimos têm a desvantagem de não permitir que perguntas de acompanhamento de investigação sejam respondidas. Em um sistema de notificação confidencial, a identidade do

notificador é conhecida, mas protegida de autoridades reguladoras ou representantes de sistemas legais (exceto em caso de má conduta do profissional ou ato criminoso). Esses sistemas tendem a capturar melhores notificações do que o anônimo, porque as perguntas de investigação podem ser feitas. Nos sistemas de notificação abertos, todas as pessoas e lugares são publicamente identificados. Eles são pouco utilizados na área de saúde, uma vez que o potencial para publicidade não desejada e acusações é muito forte (WACHTER, 2013a).

O relatório “Livre de danos” reconheceu áreas de progresso relacionadas a segurança do paciente e detalhou recomendações específicas para acelerar esse progresso. Essas recomendações foram baseadas no estabelecimento de uma abordagem global de sistemas e de uma cultura de segurança, como: garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança; criar uma supervisão centralizada e coordenada da segurança do paciente; aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente; abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde; e trabalhar em conjunto com pacientes e familiares para promover uma assistência mais segura (NPSF, 2015).

Em relação a liderança no cuidado de saúde, os líderes devem influenciar os demais profissionais à desenvolverem comportamentos, hábitos e processos que resultem em uma cultura de segurança positiva e em constante melhoria (FRANKEL et al., 2017).

Para melhorar a CS nas organizações de saúde é essencial que as áreas com problemas subjacentes sejam identificadas e que soluções sejam planejadas, com o objetivo de direcionar ações para cada problema específico. Portanto, a avaliação da CS é vista como o passo inicial para se estabelecer uma cultura efetiva em uma organização de saúde (PRONOVOST et al., 2004).

Um dos principais benefícios dessa avaliação é fornecer um indicador concreto do estado atual da cultura, podendo ser realizada por meio de questionários, para obter o máximo de informações a respeito dos fatores organizacionais que interferem nas questões de segurança (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). Atualmente, os instrumentos mais amplamente utilizados são o HSOPSC e o SAQ, que avaliam a cultura e o clima de segurança, respectivamente, ambos foram validados para a realidade brasileira e disponibilizados para utilização nos serviços de saúde (REIS, 2013; CARVALHO, 2011). Esses questionários não são considerados equivalentes, apesar de avaliarem fenômenos semelhantes e possuírem

correlação moderada entre as escalas e entre algumas dimensões e domínios (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Um estudo de comparação dos instrumentos, realizado em 2012, concluiu que, em geral, ambos os inquéritos tinham boa confiabilidade e evidência de validade preditiva (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012). Pesquisadores e profissionais poderiam considerar outros fatores, para a escolha entre o SAQ e o HSOPSC, como o comprimento mais curto do SAQ, uma capacidade mais fácil de comparar os resultados do HSOPSC, um conteúdo ligeiramente diferente, além de o HSOPSC medir muitas outras dimensões do que o SAQ. Esta diferença significa que cada pesquisa tem vantagens distintas (THOMAS et al., 2005; HAYNES et al., 2011).

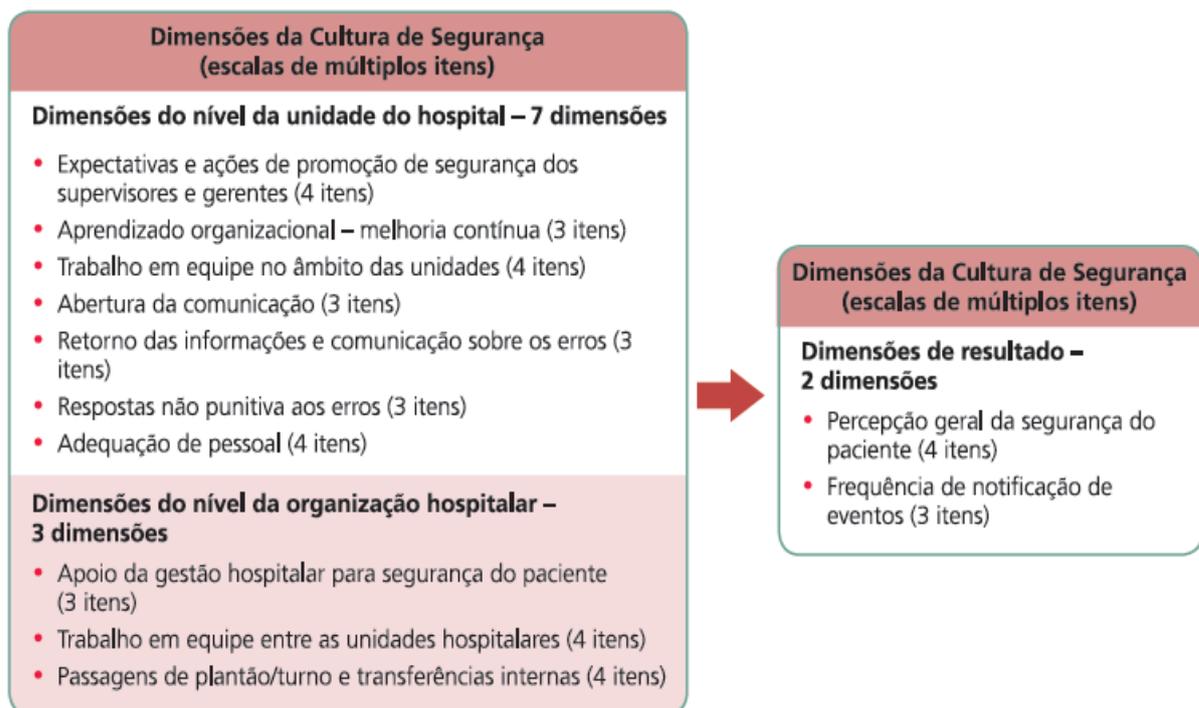
O SAQ foi criado em 2006 para avaliar as percepções de profissionais em relação a questões de segurança do paciente. O instrumento tem 41 itens que medem a percepção do clima de segurança, por meio de seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse (4). As respostas a cada uma das questões seguem uma escala *Likert* de cinco pontos: discordo totalmente (A), discordo um pouco (B), neutro (C), concordo um pouco (D), concordo totalmente (E). A versão brasileira do SAQ é a primeira versão validada do instrumento em português, capaz de avaliar o clima de segurança em instituições de saúde (CARVALHO, 2011).

O HSOPSC é um questionário delineado com o objetivo de mensurar múltiplas dimensões da CS e está atualmente em uso em diversos países por todo o mundo (SMITS et al., 2008; EL-JARDALI, et al., 2011; GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, 2013; BOUAFIA et al., 2014; BRABCOVÁ et al., 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015; MALLOULI et al., 2017). Ele avalia sete dimensões do nível da unidade do hospital (Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes; aprendizado organizacional e melhoria contínua; trabalho em equipe dentro dos setores/unidades; abertura de comunicação; retorno das informações e da comunicação sobre erro; resposta não punitiva aos erros; e adequação de pessoal) e três dimensões do nível da organização hospitalar (Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; trabalho em equipe entre unidades/setores; e passagens de plantão/turno e transferências internas). Além de duas dimensões consideradas como variáveis de resultado (Percepção geral de segurança do paciente; e frequência de notificação de eventos), conforme ilustrado na Figura 2. Portanto, os dados obtidos a partir de inquéritos que utilizam o HSOPSC

como instrumento de coleta em hospitais permitem realizar análises para verificar se os escores obtidos nas dimensões do âmbito hospitalar ou da unidade do hospital influenciam nos escores obtidos nas dimensões consideradas variáveis de resultado (SOUSA; MENDES, 2014b).

A partir da avaliação da CS na organização, tem-se acesso às informações dos profissionais a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções (SORRA; NIEVA, 2004).

Figura 2 - Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultados mensuráveis pela Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente



Fonte: Adaptação de Olsen (2008).

Para promover a CS deve-se estabelecer um conjunto de intervenções enraizadas nos princípios da liderança, do trabalho em equipe, na alteração de comportamento. As estratégias utilizadas para promover a segurança do paciente podem incluir intervenções únicas ou várias intervenções combinadas. Elas podem incluir alterações em termos de sistema, por exemplo, na gestão, ou de estrutura, como na implantação de um sistema de relato de eventos efetivo. Diversas estratégias vêm sendo utilizadas para melhorar a CS das quais são exemplos: os treinamentos em equipe, melhorando a comunicação, a colaboração e a liderança; e as visitas interdisciplinares, em que há o engajamento das lideranças organizacionais diretamente com

provedores do cuidado da linha de frente, discutindo as potenciais ameaças à segurança do paciente, partilhando responsabilidades e confiança (WEAVER et al., 2013).

Morello et al. (2013), em revisão sistemática, identificaram limitações nas evidências de que as estratégias para melhorar a CS dentro de hospitais são eficazes. No entanto, o estudo mostrou a necessidade de priorizar mais o envolvimento das lideranças organizacionais nas visitas executivas aos setores da instituição e o desenvolvimento de programas com diversas intervenções integradas, dentro das unidades.

MATERIAIS E MÉTODOS

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo analítico e transversal (GRIMES; SCHULZ, 2002). Nos estudos analíticos há a presença de um grupo de comparação, formado simultaneamente com o grupo de estudo, para que haja comparação dos resultados. No caso dos estudos transversais, os grupos são formados, ao final, após a coleta de dados (PEREIRA, 1995).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em hospital universitário de média complexidade na cidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Trata-se de um hospital de ensino, com capacidade instalada de cerca de 200 leitos, que atende a comunidade local, funcionários, alunos e docentes. O hospital compõe o Programa de Hospitais Sentinelas da Anvisa e apresenta um organograma institucional diferenciado, no qual a Superintendência do Hospital está subordinada a um Conselho Deliberativo, composto, principalmente, por diretores de unidades de ensino superior, que utilizam o hospital como campo de estágio para os cursos de graduação na área de saúde. Assim, a governança do hospital é realizada por conselho técnico-administrativo que dita os processos técnicos de trabalho do hospital, com base na teoria-científica adotada nessas unidades de ensino.

4.3 Amostra

Os participantes do estudo foram os funcionários do hospital, tanto os profissionais ligados diretamente a área assistencial, com contato direto com os pacientes, como os que não têm contato direto, porém desempenham funções administrativas relacionadas ao cuidado do paciente internado (líderes, gerentes, supervisores e administradores).

O número total desses funcionários no momento do cálculo da amostra era de 1.513, sendo 569 profissionais com nível superior, 621 com nível técnico e 323 de nível básico, de acordo com dados atualizados em dezembro de 2015 do serviço de pessoal do hospital,

contemplando a exclusão dos 221 funcionários que aderiram ao primeiro Programa de Incentivo à Demissão Voluntária da Universidade, que ocorreu entre fevereiro e abril de 2015.

Foi utilizada uma amostra por conveniência, dividida por quotas, sendo estratificada proporcionalmente em todos os setores/departamentos do hospital e níveis de escolaridade, como básico (no mínimo ensino fundamental completo), técnico (no mínimo ensino médio completo ou curso técnico profissionalizante completo em nível de ensino médio) e superior dos seus funcionários. Além disso, a amostra foi constituída pelos profissionais elegíveis que estiverem presentes ou escalados para o trabalho no hospital durante o período de coleta de dados. O questionário foi entregue aos funcionários, considerando a perda média de 40% dos questionários entregues, com base em estudos anteriores (SANTIAGO; TURRINI, 2015; REIS, 2013; GAMA; OLIVEIRA; HENANDEZ, 2013; EL-JARDALI et al., 2011).

Para o cálculo da amostra utilizou-se o programa OpenEpi, considerando o intervalo de confiança de 95%. Com base na população de 1.513 funcionários, a amostra encontrada foi de 307 sujeitos de pesquisa. A esse valor, foi adicionado 123 devido os relatos de perda de 40% descritos em literatura. Desta forma, a amostra final foi de 430 sujeitos de pesquisa.

No entanto, no período de dezembro de 2015 a outubro de 2017, houve a redução de 93 funcionários devido ao segundo Programa de Incentivo à Demissão Voluntária da Universidade, focado nos técnicos administrativos (todos os funcionários não docentes) dos diferentes níveis de escolaridade, além de aposentadorias e demissões, conforme os dados atualizados em novembro de 2017. Apesar disso, foi considerado o cálculo da amostra realizado anterior ao período da coleta de dados, com o valor referido de 430 sujeitos de pesquisa.

4.4 Critérios de elegibilidade

Foram seguidos os critérios de inclusão sugeridos pelos elaboradores do instrumento de coleta utilizado (SORRA; NIEVA, 2004), como descrito abaixo:

- o profissional deveria ter uma carga horária semanal de pelo menos 20 horas no hospital;
- o profissional deveria estar presente em um dos turnos de trabalho no período de realização da coleta de dados na organização.

Estudantes de graduação, pós-graduação e residentes foram excluídos do estudo por ainda estarem em processo de formação e não expressarem a CS da instituição.

4.5 Variáveis

Neste estudo foram consideradas as seguintes variáveis para análise e cruzamentos:

- quantitativas contínuas, que se referem às características mensuráveis que assumem valores em uma escala contínua: idade e tempo de serviço na especialidade ou profissão atual;
- qualitativas nominais e dicotômicas, que se referem às características que não possuem ordenação dentre as categorias e que se restringem a duas opções de resposta: sexo e interação ou contato direto com os pacientes;
- qualitativas ordinais, que se referem às características que possuem uma ordenação entre as categorias: percepção geral da segurança do paciente, frequência de eventos notificados, grau de instrução, profissão, tempo de serviço no hospital e carga horária semanal de trabalho do funcionário.

4.6 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário HSOPSC, em ANEXO A, aos funcionários. Esse instrumento foi desenvolvido pela AHRQ numa versão aplicável aos hospitais (AHRQ, 2010) e, posteriormente, traduzido para português e validado para realidade dos hospitais brasileiros (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; REIS, 2013).

O instrumento possui 42 itens no total, divididos em 12 dimensões, cada dimensão possui de 3 a 4 itens. A maior parte dos itens são respondidos por uma escala tipo *Likert-scale*, que reflete a taxa de concordância: de “discordo fortemente” (1) a “concordo fortemente” (5). Outros itens são respondidos com uma escala de frequência de 5 pontos: de “nunca” (1) a “sempre” (5). As duas variáveis de resultado são respondidas da seguinte forma: a) grau de segurança do paciente, medida por uma escala de 5 pontos de “excelente” (1) a “muito ruim” (5); e b) número de eventos relatados, medido pelo número de notificações de eventos nos últimos 12 meses, com as categorias de respostas: “nenhum”, “1 a 2 relatórios”, “3 a 5

relatórios”, “6 a 10 relatórios”, “11 a 20 relatórios” e “21 relatórios ou mais” (SORRA; NIEVA, 2004).

Cada dimensão do questionário HSOPSC avalia alguns aspectos relacionados a CS, de acordo com os itens daquela dimensão. Como demonstrado a seguir:

- expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores: avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões e opiniões dos funcionários para melhoria da segurança do paciente, também reconhece se os funcionários participam nos procedimentos para melhorar segurança do paciente;
- aprendizado organizacional e melhoria contínua: avalia se a organização possui o aprendizado a partir dos erros e analisa a efetividade das ações implementadas;
- trabalho em equipe dentro das unidades: identifica se os funcionários tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe, com apoio mútuo;
- abertura da comunicação: avalia se os funcionários do hospital conversam sobre os incidentes que podem afetar a segurança do paciente e se eles se sentem a vontade para questionar os seus supervisores sobre o assunto;
- retorno das informações e da comunicação sobre incidentes: avalia a percepção dos funcionários sobre notificação de EA e implementação de mudanças e estratégias para evitar futuros incidentes;
- resposta não punitiva aos erros: avalia como os funcionários se sentem com relação aos incidentes que estão envolvidos e se eles pensam que esses incidentes podem ser usados contra eles;
- adequação de profissionais: avalia se os funcionários possuem uma carga horária de trabalho adequada para oferecer o melhor atendimento aos pacientes;
- apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente: avalia se a gestão do hospital propicia um ambiente de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que esse tema é prioridade;
- trabalho em equipe entre as unidades: avalia se as unidades do hospital cooperam umas com as outras para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes;
- passagens de plantão/turno e transferências internas: avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são passadas entre os funcionários do hospital durante as mudanças de plantão ou de turno e durante as transferências internas dos pacientes;

- percepção geral da segurança do paciente: avalia os procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de EA e a ausência de problemas de segurança do paciente no hospital;
- frequência de eventos notificados: avalia o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados e corrigidos antes que esses afetassem o paciente (REIS, 2013).

O questionário também possui perguntas relacionadas às características gerais dos participantes, incluindo idade, sexo, profissão, grau de instrução, tempo de experiência profissional, tempo de serviço no hospital e na unidade, carga horária semanal e contato direto com o paciente ou não (SORRA; NIEVA, 2004).

4.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em um período de seis meses, de acordo com cronograma, em todos os setores do hospital, entre os meses de dezembro de 2016 e maio de 2017. Foram abordadas as chefias dos diversos setores de internação e as chefias dos outros serviços de apoio antes de iniciar a aplicação do questionário, com finalidade de apresentar o estudo, seus objetivos e sensibilizar líderes e gerentes das diversas áreas hospitalares sobre a sua importância, bem como os procedimentos necessários e os critérios de inclusão para participação da pesquisa.

Posteriormente, os profissionais dos diversos setores foram abordados em seu ambiente de trabalho e convidados a participar do estudo. Foi entregue a cada funcionário duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma cópia ficou de posse do participante e a outra da pesquisadora. A partir da concordância em participar da pesquisa, cada participante recebeu um envelope não identificado, contendo o instrumento impresso. Esse foi entregue em cada setor de acordo com a disponibilidade do serviço e da pesquisadora, em horários acordados com as chefias ou funcionários dos setores. Os envelopes foram devolvidos a pesquisadora ou entregues nas secretarias dos setores após o preenchimento da pesquisa.

O questionário foi entregue aos profissionais de todos os departamentos do hospital e de diferentes níveis de escolaridade, de acordo com a amostra proporcional ao número de funcionários de cada departamento e nível básico, técnico e superior. Além disso, o instrumento

foi distribuído em todos os turnos de trabalho no hospital, atendendo aos funcionários de períodos diurno e noturno.

4.8 Análise dos dados

Para análise descritiva do instrumento e avaliação da cultura de segurança do hospital participante, foram calculados os percentuais de respostas positivas às dimensões sobre cultura de segurança do paciente, definidos como o percentual médio de respostas positivas aos itens componentes da dimensão do HSOPSC. O percentual de respostas positivas para cada dimensão foi calculado usando a seguinte fórmula (SORRA; NIEVA, 2004):

$$\% \text{ de respostas positivas da dimensão } X = [\text{número de respostas positivas aos itens da dimensão } X / \text{número total de respostas válidas aos itens da dimensão } X \text{ (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}] \times 100$$

Foram também calculados os percentuais de respostas positivas para cada item da dimensão, por meio da seguinte fórmula (SORRA; NIEVA, 2004):

$$\% \text{ de respostas positivas ao item da dimensão } X = [\text{número de respostas positivas ao item da dimensão } X / \text{número total de respostas válidas ao item da dimensão } X \text{ (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}] \times 100$$

As respostas foram classificadas como segue abaixo, conforme sugerido por Sorra e Nieva (2004):

- respostas positivas: referem-se às respostas em que serão assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo / concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva com relação à segurança do paciente, ou 1 ou 2 (discordo/ discordo totalmente ou nunca/raramente) nas perguntas formuladas negativamente;
- respostas neutras: referem-se às respostas em que serão assinaladas a opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta;

- respostas negativas: referem-se às respostas que serão assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo / discordo totalmente ou nunca/raramente) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 4 ou 5 (concordo / concordo totalmente ou quase sempre / sempre) nas sentenças formuladas negativamente.

O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente. Foram consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” no hospital aquelas cujos itens escritos positivamente obtiverem 75% ou mais de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiverem 75% ou mais das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”). De modo semelhante, “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam de melhoria foram consideradas aquelas cujos itens obtiverem 50% ou menos de respostas positivas (SORRA; NIEVA, 2004).

É importante destacar que, quando não houve preenchimento de respostas nos itens relacionados às características dos participantes e/ou às dimensões de cultura de segurança, os valores e porcentagens apresentados foram calculados sobre as respostas válidas dos questionários. Assim, as porcentagens diferem de acordo com o número de itens preenchidos para cada variável. Apesar disso, não há comprometimento nos resultados do estudo, pelo fato dos questionamentos não serem de preenchimento obrigatório.

Os dados foram organizados em banco de dados do Programa Microsoft Excel®, versão 2010. As variáveis quantitativas também foram testadas quanto à aderência a curva normal. De acordo com o resultado, foram aplicados testes paramétricos ou não paramétricos. Utilizou-se o programa R 3.4.3 (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2017) para análises estatísticas dos dados. Um modelo de regressão multivariada (Teste de Kruskal-Wallis e ANOVA um fator) foi utilizado para comparar as características individuais dos funcionários, com cada dimensão de segurança do paciente. Os procedimentos utilizados foram o método de Tukey, quando o modelo foi o de ANOVA, ou o procedimento de Steel-Dwass-Critchlow-Fligner, quando foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Também foram calculados coeficientes de correlação (Correlação de Pearson ou Correlação de Kendall) para as variáveis categóricas ordinais ou numéricas, em comparação com as dimensões relacionadas do instrumento.

Os coeficientes de correlação de Pearson e de Kendall foram utilizados como medidas de associação linear entre as variáveis quantitativas. O valor desses coeficientes varia entre -1 e 1,

o sinal indica a direção da correlação (negativa ou positiva), enquanto o valor se refere a magnitude da correlação, ou seja, quanto mais perto de 1, maior é o nível de associação linear entre as variáveis (MOORE; MCCABE, 2003). Considerou-se o valor de $p < 0,001$ como significativo para os resultados dos testes aplicados.

Utilizou-se o coeficiente de Alfa de Cronbach para análise da fidedignidade do instrumento, sendo calculado um valor para cada dimensão e para o geral do questionário. De acordo com Cronbach (1951), o índice estima a consistência interna de uma escala, variando de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, melhor é a confiabilidade do questionário.

Para facilitar as análises estatísticas dos dados relacionados aos departamentos do hospital, os resultados dos departamentos de odontologia e serviço social foram agrupados ao departamento médico, e os achados da superintendência foram incluídos no departamento administrativo.

4.9 Considerações éticas

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo (FCF-USP) e do hospital estudado, conforme ANEXO B e C. Todos os participantes assinaram um TCLE, em APÊNDICE, antes da participação na pesquisa, no qual constam informações sobre o objetivo da pesquisa, bem como riscos e benefícios. O termo também garantiu o anonimato dos sujeitos na divulgação dos resultados e a liberdade para retirada do consentimento a qualquer momento da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram convidados a responder o questionário HSOPSC, instrumento da pesquisa, 430 funcionários de distintas áreas do hospital, no período de dezembro de 2016 a maio de 2017, conforme amostra por conveniência, com cálculo de perdas proposto. Trezentos e setenta participantes devolveram o questionário preenchido. Destes, dois não foram validados por não apresentarem pelo menos uma das seções preenchida por completo. Assim, considerou-se 368 questionários válidos, com taxa de resposta de 86% (368/430).

Essa taxa foi considerada alta e bastante representativa, como encontrada em outros estudos com 77% (NIE et al., 2013), 85,7% (EL-JARDALI et al., 2014) e 89,2% (BARATTO, 2015) de taxa de resposta, apesar de alguns estudos terem apresentado taxas menores de 44,8% (REIS, 2013), 51,2% (HAMDAN; SALEEM, 2013) e 60,3% (CARVALHO et al., 2017).

É importante citar que o elevado índice de respostas para essa pesquisa se deve ao comprometimento e à persistência durante a coleta de dados, com a entrega do questionário diretamente aos participantes nos diversos turnos. Além disso, o envolvimento dos gestores e chefias de vários setores e a disponibilidade dos profissionais de participarem da pesquisa contribuiu para o bom resultado na taxa de respostas, pois os funcionários possuíam o entendimento da importância de se realizar estudos dentro da instituição, a qual incentiva essa prática entre os funcionários por se tratar de um hospital de ensino.

A distribuição do instrumento foi realizada em todos os departamentos do hospital, e os participantes foram divididos nos diferentes níveis de escolaridade: básico, técnico e superior. Os valores relacionados aos questionários válidos por departamento e nível de escolaridade estão apresentados na Tabela 1.

Essa distribuição foi proporcional ao número de funcionários de cada departamento, apresentando mais profissionais do setor de enfermagem. Vale ressaltar que outros estudos não mencionaram ter realizado essa divisão da amostra de maneira proporcional para toda a instituição (ALAHMADI, 2010; MIKUŠOVÁ et al., 2012; HAMDAN; SALEEM, 2013; AL-MANDHARI et al., 2014). Além disso, vários estudos foram realizados somente com a participação de categorias específicas dos profissionais ou em unidades específicas do hospital. Silva-Batalha e Melleiro (2015) e Sartor, Silva e Masiero (2016) realizaram a pesquisa sobre cultura de segurança do paciente somente com a participação de profissionais da equipe de

enfermagem. Shu et al. (2015) e Carvalho et al. (2015) aplicaram o questionário apenas no centro cirúrgico dos hospitais, enquanto Santiago e Turrini (2015) coletaram os dados nas unidades de terapia intensiva da instituição.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por departamento e nível de escolaridade da pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Variáveis	N	%
Departamento		
Administrativo	67	18,2
Enfermagem	148	40,2
Farmácia e Laboratório Clínico	28	7,6
Médico	91	24,7
Nutrição	25	6,8
Odontologia	2	0,5
Serviço Social	3	0,8
Superintendência	4	1,1
Total	368	100,0
Nível de escolaridade		
Básico	69	18,7
Técnico	149	40,5
Superior	150	40,8
Total	368	100,0

Observa-se que o nível de escolaridade técnico e superior obtiveram resultados semelhantes. Entretanto, alguns funcionários, que foram contratados como nível técnico, possuíam formação superior completa ou pós-graduação, o que pode influenciar no resultado do grau de instrução dos funcionários, apresentado no item “Características gerais da amostra”, visto que, os participantes preencheram a formação acadêmica que eles possuíam, e não o nível de escolaridade que foram contratados pela instituição. Isto, também, contribuiu para o alto índice de preenchimento do questionário, como discutido anteriormente.

5.1 Fidedignidade do instrumento de coleta de dados

Realizou-se o Alfa de Cronbach para avaliar a confiabilidade da consistência interna do instrumento. Neste estudo o valor do Alfa de Cronbach das dimensões variou entre 0,33 (dimensão “Adequação de profissionais”) e 0,86 (dimensão “Frequência de notificação de eventos”). O valor do coeficiente para o instrumento foi de 0,91, como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Resultado do teste Alfa de Cronbach para cada dimensão e para o valor geral do questionário (Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC) da pesquisa sobre cultura de segurança realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Dimensões	Valor
Trabalho em equipe dentro das unidades	0,70
Ações e expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	0,78
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	0,69
Apoio da gestão para a segurança do paciente	0,83
Percepção geral da segurança do paciente	0,50
Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro	0,71
Abertura da comunicação	0,70
Frequência de notificação de eventos	0,86
Trabalho em equipe entre as unidades	0,67
Adequação de profissionais	0,33
Passagem de plantão ou de turno/transferências	0,69
Respostas não punitivas aos erros	0,55
Geral	0,91

O valor geral do coeficiente encontrado nesta pesquisa conferiu ao questionário uma alta confiabilidade, de acordo com Nunnally (1978), um instrumento é considerado com fiabilidade adequada quando o Alfa de Cronbach é maior que 0,70. Em cenários de estudos em ciências sociais, o resultado de alfa acima de 0,60 pode ser considerado aceitável (DEVELLIS, 1991).

Esse resultado foi semelhante ao encontrado em outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento e obtiveram um Alfa de Cronbach acima de 0,90 (SANTIAGO; TURRINI, 2015; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015; REIS, 2013). Em relação a variação do coeficiente

encontrada entre as dimensões, Massoco (2012) obteve os valores do coeficiente entre 0,32 e 0,88, resultados bem próximos aos encontrados neste estudo, também semelhante a um estudo realizado na Eslovênia por Robida (2013), que obteve a variação de 0,36 a 0,88 pelas dimensões. Entretanto, os autores consideraram que o valor geral para a avaliação da fiabilidade do instrumento foi adequado, assim como considerado nesta pesquisa.

5.2 Características gerais da amostra

Com relação às características da amostra do estudo, o gênero feminino predominou com 68,3% dos respondentes. A predominância feminina também foi encontrada em outros estudos (NIE et al., 2013; CARVALHO et al., 2017) e ainda pode ser considerada realidade em profissões relacionadas ao cuidado, principalmente, na enfermagem, também por se tratar do maior contingente de pessoal em instituições hospitalares (LOPES; LEAL, 2005).

A maioria dos participantes (71,7%) indicou ter contato direto com o paciente, como apresentado na Tabela 2, resultado semelhante encontrado no estudo de El-Jardali et al. (2014) com 76,1% e de Baratto (2015) com 71,6% dos participantes com contato direto com o paciente. Oliveira et al. (2014), em estudo qualitativo com a equipe de enfermagem, identificaram que os enfermeiros possuíam uma preocupação com a existência de riscos físicos, químicos e mecânicos, decorrentes do contato direto com o paciente. Esses riscos afetariam o cuidado da enfermagem e gerariam insegurança para o paciente, devendo ser motivo de preocupação de todos os profissionais que entram em contato direto ao paciente.

Tabela 2 - Características gerais da amostra da pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	248	68,3
Masculino	115	31,7
Total*	363	100,0
Grau de instrução		
Primeiro grau (ensino básico) incompleto	4	1,1
Primeiro grau (ensino básico) completo	2	0,5
Segundo grau (ensino médio) incompleto	7	1,9
Segundo grau (ensino médio) completo	80	22,0
Ensino superior incompleto	31	8,5
Ensino superior completo	74	20,3
Pós-graduação (nível especialização)	87	23,9
Pós-graduação (nível mestrado ou doutorado)	79	21,7
Total*	364	100,0
Contato com paciente		
Sim	259	71,7
Não	102	28,3
Total*	361	100,0
Unidade		
Diversas unidades do hospital/nenhuma unidade específica	31	8,6
Clínica (não cirúrgica)	22	6,1
Cirurgia	23	6,4
Obstetrícia	25	6,9
Pediatria	22	6,1
Setor de emergência	31	8,6
Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	30	8,3
Psiquiatria/saúde mental	2	0,6
Reabilitação	2	0,6

(continua)

(Continuação)

Variáveis	N	%
Unidade		
Farmácia	9	2,5
Laboratório	20	5,5
Radiologia	17	4,7
Anestesiologia	8	2,2
Outras	119	33,0
Total*	361	100,0
Cargo/função		
Médico do corpo clínico/médico assistente	71	19,5
Enfermeiro	52	14,3
Técnico de enfermagem	83	22,8
Auxiliar de enfermagem	9	2,5
Farmacêutico/bioquímico/biólogo/biomédico	13	3,6
Odontólogo	1	0,3
Nutricionista	4	1,1
Fisioterapeuta/terapeuta respiratório/terapeuta ocupacional/fonoaudiólogo	6	1,6
Assistente social	1	0,3
Técnico (ECG, laboratório, radiologia, farmácia)	25	6,9
Administração/direção	5	1,4
Auxiliar administrativo/secretário	28	7,7
Outro	66	18,1
Total*	364	100,0
Tempo de hospital		
De 1 a 5 anos	45	12,4
De 6 a 10 anos	42	11,5
De 11 a 15 anos	76	20,9
De 16 a 20 anos	73	20,1
Mais de 20 anos	128	35,2
Total*	364	100,0

(continua)

(Conclusão)

Variáveis	N	%
Tempo de unidade		
Menos de 1 ano	11	4,1
De 1 a 5 anos	53	19,6
De 6 a 10 anos	56	20,7
De 11 a 15 anos	79	29,3
De 16 a 20 anos	71	26,3
Total*	270	100,00
Carga horária semanal		
De 20 a 39 horas	274	75,5
De 40 a 59 horas	79	21,8
De 60 a 79 horas	9	2,5
Mais de 100 horas	1	0,3
Total*	363	100,0

*Valor referente ao número de respostas válidas.

A média de idade dos respondentes foi de 45,6 (\pm 8,9) anos, variando de 26 a 66 anos, com mediana de 47 anos, e a média de tempo que eles trabalhavam na profissão atual foi de 19,1 (\pm 9,0) anos, com mediana de 20 anos. Outros trabalhos brasileiros mostraram resultados inferiores relacionados a idade e tempo de profissão, como os autores Sartor, Silva e Masiero (2016), que encontraram a predominância de idades entre 30 e 39 anos e tempo de atuação profissional de até 4,9 anos. No estudo de Carvalho et al. (2015), por sua vez, a média do tempo de atuação foi de 9,9 anos. Os resultados desta pesquisa mostraram que os funcionários possuem mais experiência profissional e mantêm estabilidade na carreira profissional, o que pode ser considerado favorável para a segurança do paciente. Segundo Rios, Hagemann e Pereira (2010), a inexperiência profissional contribui para a ocorrência de EA.

Também foram coletados dados quanto ao grau de instrução dos participantes, a unidade que trabalhavam no hospital e ao cargo ou função que desempenhavam na instituição. Quanto ao grau de instrução, destaca-se que a maioria dos respondentes (65,9%) afirmou ter nível superior completo, incluindo os que realizaram pós-graduação, o que pode ser justificado por se tratar de um hospital de ensino de uma das maiores universidades do País, no qual há incentivo à pesquisa e especialização dos funcionários.

Vale ressaltar que 33,0% dos profissionais relataram trabalhar em outras unidades, que não estavam dentre as opções descritas no instrumento, e que 18,1% afirmaram desempenhar outra função, que poderia ser descrita pelo respondente, sendo a maioria de setores e cargos administrativos, como, por exemplo: zeladoria/vigilância, manutenção predial, rouparia, setor de transportes, auxiliar de cozinha, auxiliar de serviços gerais, dentre outros. Além disso, unidades, como, por exemplo: “ambulatório” e “nutrição”, foram bastante citadas. Isso pode ser considerado uma dificuldade do instrumento utilizado, que possui mais unidades e funções relacionadas às áreas assistenciais dentre as opções. Apesar disso, a maior parte dos funcionários trabalha nessas áreas assistenciais, corroborando com os dados encontrados nesta pesquisa sobre o contato direto com o paciente citados anteriormente.

Ainda sobre as categorias profissionais, aquelas ligadas a Enfermagem (técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e enfermeiros) foram os profissionais que mais preencheram o questionário, sendo no total 144 (25,3%), semelhante aos achados de Nie et al. (2013), Reis (2013) e Carvalho et al. (2017). Por se tratar da categoria com o maior número de funcionários contratados na instituição, enfatizando a representatividade da amostra distribuída nesta pesquisa.

Quanto ao tempo de trabalho no hospital, a maior frequência encontrada foi de 35,2% dos respondentes que afirmaram ter 21 anos ou mais de serviço no hospital, resultado semelhante encontrado em hospitais espanhóis, onde 21,8% dos profissionais trabalhavam no mesmo hospital há mais de 21 anos (GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, 2013). O que evidencia baixa rotatividade entre os funcionários da organização hospitalar, podendo ser considerado um indicativo positivo para CS, visto que, Vogus et al. (2014) afirmaram que a segurança do paciente bem estruturada numa instituição pode estar associada à menor rotatividade dos seus profissionais.

Os profissionais de saúde, principalmente os que trabalham em contato direto com o paciente, tem interesse em alcançar a aprendizagem organizacional e melhorar os resultados de suas instituições, sugerindo alterações de processos e de atividades, com base na experiência adquirida (SITKIN, 1992). Por outro lado, mudanças na cultura organizacional podem ser consideradas de difícil implementação, por se tratar de uma equipe mais antiga e com atitudes e costumes bastante enraizados. Segundo Harolds (2015), os problemas relacionados à falta de qualidade podem ser decorrentes, muitas vezes, de pessoas que não realizariam alterações de costumes por questões culturais.

Com relação ao tempo de trabalho na atual área ou unidade do hospital, 11 (4,1%) dos funcionários afirmaram ter menos de um ano de serviço na área que está atualmente dentro do hospital. Isso pode influenciar na percepção de cultura de segurança dentro de determinada unidade para aqueles funcionários. Entretanto, a maior parte (76,3%) alegou ter mais de 5 anos de trabalho no mesmo setor do hospital, confirmando a baixa rotatividade citada anteriormente.

Quanto à carga horária semanal, a maioria (75,5%) relatou trabalhar entre 20 e 39 horas por semana, valores que estão de acordo com o preconizado pela maioria dos conselhos de profissionais de saúde, com carga horária semanal de 30 a 36 horas, serviços como, por exemplo: enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional. Entretanto, *The Joint Commission* (2011) reconhece que existe uma ligação entre a fadiga do trabalhador de assistência à saúde, devido à carga de trabalho excessiva, e o risco de ocorrência de EA, comprometendo a segurança do paciente. Vale ressaltar que esta pesquisa não avaliou se o funcionário possuía outro vínculo empregatício, por não haver este questionamento no instrumento utilizado, podendo ser considerado uma limitação do HSOPSC.

5.3 Dimensões da cultura de segurança em nível da unidade do hospital

A análise dos resultados de cada item respondido para as sete dimensões de cultura de segurança relacionadas à unidade hospitalar, como relatados nos itens 5.3.1 a 5.3.7, será apresentada a seguir.

5.3.1 Trabalho em equipe dentro das unidades

Esta dimensão avaliou o trabalho em equipe no nível de unidade hospitalar. Nos itens “A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras”, “A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente” e “A4. Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito”, a maior parte dos respondentes concordou (“concordo” ou “concordo totalmente”) com essas afirmativas, sendo um percentual de 68,8%, 69,6% e 76,5%, respectivamente (Tabela 3). Esses resultados mostram que há uma relação entre as equipes em nível de unidade hospitalar, sendo um parâmetro positivo para CS. De acordo

com Sorra e Nieva (2004), o trabalho em equipe dentro da unidade hospitalar implica em um cuidado de saúde eficiente, em que as pessoas se apoiam e se respeitam mutuamente.

Tabela 3 - Distribuição de respostas por dimensão - Trabalho em equipe dentro das unidades. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Itens		Opções de respostas*					Total
		1	2	3	4	5	
A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras	N	4	40	69	206	44	363
	%	1,1	11,0	19,0	56,7	12,1	100,0
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	N	6	39	66	210	44	365
	%	1,6	10,7	18,1	57,5	12,1	100,0
A4. Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito	N	4	26	56	217	63	366
	%	1,1	7,1	15,3	59,3	17,2	100,0
A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	N	49	111	74	115	14	363
	%	13,5	30,6	20,4	31,7	3,9	100,0

*1: Discordo totalmente. 2: Discordo. 3: Não concordo nem discordo. 4: Concordo. 5: Concordo totalmente.

No entanto, no item “A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam”, as respostas variaram entre negativas (“discordo” ou “discordo totalmente”) e positivas (“concordo” ou “concordo totalmente”), com porcentagens de 44,1% e 35,6%, respectivamente. O que sugere uma deficiência também no trabalho em equipe entre as unidades, devendo ser algo incentivado pelas chefias responsáveis por influenciar no cuidado ao paciente, como afirmaram Šklebar et al. (2016) que os pacientes podem ser impactados pelas atitudes dos profissionais de saúde em relação ao trabalho em equipe.

A realização de treinamentos em equipes com uma abordagem interdisciplinar é essencial para a aceitação e o comprometimento no trabalho em equipe, o que significa ter uma equipe interdisciplinar de instrutores e participantes, fornecendo uma perspectiva variada para o aprendizado (THOMAS; GALLA, 2013).

5.3.2 Ações e expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente

Nesta dimensão, foi avaliado como os funcionários percebem a segurança do paciente a partir das ações dos supervisores/chefes. O item “*B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente*” apresentou concordância (“concordo” ou “concordo totalmente”) em 52,1% das respostas. Os líderes devem influenciar os demais profissionais a desenvolverem comportamentos, hábitos e processos que resultem em uma CS positiva e em constante melhoria (FRANKEL et al., 2017). Há uma necessidade que os líderes elogiem mais os funcionários quando os mesmos desempenharem suas funções de acordo com as normas operacionais para incentivar ações que priorizem a segurança do paciente, por se tratar de um papel inerente a liderança. Resultado semelhante encontrado em outro estudo realizado em hospital público, com 50% das respostas positivas para este item (RODRIGUES, 2016).

Em contrapartida, houve um melhor resultado no item “*B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente*”, que apresentou 68,8% de respostas positivas (“concordo” ou “concordo totalmente”), como apresentado na Tabela 4. Paese e Sasso (2013) constataram que uma boa comunicação sobre as questões de segurança poderia construir uma relação de confiança em todos os níveis hierárquicos da organização.

Neste mesmo sentido, os itens considerados reversos, “*B3R. Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique ‘pular etapas’*” e “*B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente*”, tiveram alta taxa de discordância (“discordo” ou “discordo totalmente”) entre os respondentes, 71,0% e 76,4%, respectivamente. Pode-se considerar que a visão do supervisor/chefe não foi uma área problemática no âmbito de unidade hospitalar, visto que na maioria dos itens houve um percentual de respostas positivas considerável, sendo um aspecto importante para a construção da CS. De acordo com Sammer et al. (2010), a CS começa com ações provenientes da liderança, descrevendo que líderes engajados são fundamentais para o sucesso do desenvolvimento da CS em uma organização.

Tabela 4 - Distribuição de respostas por dimensão - Ações e expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Itens		Opções de respostas*					Total
		1	2	3	4	5	
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	N	28	62	81	151	35	357
	%	7,8	17,4	22,7	42,3	9,8	100,0
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	N	12	37	63	199	48	359
	%	3,3	10,3	17,5	55,4	13,4	100,0
B3R. Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	N	69	185	67	30	7	358
	%	19,3	51,7	18,7	8,4	2,0	100,0
B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	N	99	173	57	17	10	356
	%	27,8	48,6	16,0	4,8	2,8	100,0

*1: Discordo totalmente. 2: Discordo. 3: Não concordo nem discordo. 4: Concordo. 5: Concordo totalmente.

5.3.3 Aprendizado organizacional/melhoria contínua

Por se tratar de um hospital de ensino, espera-se que a cultura de aprendizagem esteja presente na instituição, sendo encontrada quando a cultura organizacional investe em aprender com os incidentes ocorridos e integra processos de melhorias de desempenho em sistemas de prestação de cuidados (SAMMER, et al, 2010). A aprendizagem contínua necessita de investimento no retorno de informações aos sistemas de notificações, permitindo que as ideias

sejam compartilhadas para o desenvolvimento de ações de aprendizado (FRANKEL et al., 2017).

O resultado encontrado no item “A6. *Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente*”, no qual 73,5% dos participantes concordaram (“concordo” ou “concordo totalmente”) que a unidade na qual trabalham mantém o interesse em melhorar a segurança do paciente (Tabela 5). Isto mostra o interesse e preocupação dos profissionais em manter a segurança e qualidade no cuidado prestado, especialmente por possuírem muitos estudantes e residentes com foco em educação continuada. Wachter (2013a) afirma que é fundamental treinar a próxima geração de profissionais de saúde em segurança do paciente, e muitos currículos e recursos têm sido desenvolvido com essa finalidade.

Tabela 5 - Distribuição de respostas por dimensão - Aprendizado organizacional/melhoria contínua. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Itens		Opções de respostas*					Total
		1	2	3	4	5	
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	N	5	29	60	196	64	354
	%	1,4	8,2	16,9	55,4	18,1	100,0
A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	N	10	46	93	182	29	360
	%	2,8	12,8	25,8	50,6	8,1	100,0
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	N	8	37	102	176	20	343
	%	2,3	10,8	29,7	51,3	5,8	100,0

*1: Discordo totalmente. 2: Discordo. 3: Não concordo nem discordo. 4: Concordo. 5: Concordo totalmente.

Um resultado menos positivo foi encontrado nos outros itens desta dimensão, no qual 58,7% dos respondentes concordaram (“concordo” ou “concordo totalmente”) com a afirmação proposta no item “A9. *Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui*” e 57,1% no item “A13. *Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade*”. De acordo com Kisil (1998), a cultura organizacional deve sofrer mudanças para que o sistema, no qual todos os elementos organizacionais estão envolvidos, possa sobreviver e se desenvolver, visando a revitalização e inovação da organização.

Segundo Hershey (2015), muitos funcionários entendem que a CS melhora a segurança para o paciente. Apesar da CS estar relacionado ao sistema, as atitudes, comportamentos e conhecimentos individuais dos funcionários afetam essa cultura. Embora haja poucos estudos sobre o efeito da CS na qualidade da assistência prestada ao paciente, parte do problema está relacionado como o progresso da instituição é mensurado e rastreado.

Além disso, há o problema do medo da punição, necessitando que os funcionários da linha de frente sejam tratados com base em uma “cultura justa”, relacionada com um ambiente no qual os profissionais tenham consciência que podem ser responsabilizados por suas ações e que a instituição os trata de maneira justa (FRANKEL et al., 2017). No entanto, trata-se de um conceito recente. Isto pode dificultar a implementação de alterações e/ou treinamentos pela equipe assistencial ser mais antiga na instituição, ter maior experiência, necessitando de mais esforço da liderança do hospital para realização de alterações nos padrões de comportamento dos profissionais.

Neste mesmo sentido, um estudo realizado por Rodrigues (2016) concluiu que a instituição hospitalar precisa aprender com os erros cometidos para buscar novas oportunidades de melhorias. Além disso, apontou a importância de o aprendizado começar com os líderes dispostos à aprender, posteriormente, compartilhado e valorizado por todos os profissionais. Segundo Gama e Hernández (2017), para implementação de ações de melhorias, é necessário conscientizar a instituição acerca das problemáticas sobre segurança do paciente. Percebida na presente pesquisa, como pouco existente, como apresentado e discutido no item 5.6.

5.3.4 Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro

A percepção dos entrevistados acerca de *feedback* e comunicação sobre erro foi analisada nesta dimensão. No item “C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos”, somente 42,5% dos funcionários relataram que recebem “quase sempre” ou “sempre” tais informações. Além disso, o item “C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade” apresentou 45,9% das mesmas respostas anteriores (Tabela 6). Esses resultados evidenciaram uma deficiência na cultura de troca de informações sobre EA dentro das unidades. O que também foi encontrado em outro estudo realizado em hospital público, que apenas 45% dos entrevistados relataram receber informações sobre

mudanças a partir dos relatórios e 40% referiram ser informados sobre os erros (RODRIGUES, 2016).

Tabela 6 - Distribuição de respostas por dimensão - Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Itens		Opções de respostas*					Total
		1	2	3	4	5	
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	N	26	50	126	87	62	351
	%	7,4	14,2	35,9	24,8	17,7	100,0
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	N	26	70	99	91	74	360
	%	7,2	19,4	27,5	25,3	20,6	100,0
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente	N	12	50	84	107	110	363
	%	3,3	13,8	23,1	29,5	30,3	100,0

*1: Nunca. 2: Raramente. 3: Às vezes. 4: Quase sempre. 5: Sempre.

Segundo Schein (2009), uma forma de aprendizagem é obter retorno quando acontecem erros e dedicar tempo para refletir sobre eles. Além disso, a habilidade de gerar novas respostas e obter *feedback* dos resultados das novas implementações também contribui para a aprendizagem com os erros ocorridos. Dessa forma, as melhorias obtidas a partir da retroalimentação da informação e das notificações dos EA podem aumentar a confiança no sistema de notificação e fortalecer a CS.

Em contrapartida, a maioria dos participantes (59,8%) afirmou que estratégias eram frequentemente discutidas (“quase sempre ou “sempre”) para prevenir a ocorrência de erros, de acordo com o item “C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente”. O processo assistencial para garantia da segurança deve partir da prevenção de riscos, conforme o ciclo da gestão de risco, o chamado *Plan-Do-Check-Act* (PDCA). A ação preventiva de redução de riscos deve ser cíclica, passando pelo planejamento, implementação, monitoramento e intervenção acerca das fragilidades identificadas (GAMA; HERNÁNDEZ, 2017). No entanto, há necessidade de comunicação e retroalimentação dos incidentes para os funcionários.

5.3.5 Abertura da comunicação

A comunicação é imprescindível para o intercâmbio de informações e para a melhor interação e compartilhamento de ideias, o que pode contribuir para a realização profissional, por minimizar as diferenças e aproximar as pessoas, e, conseqüentemente, gerar um impacto favorável na qualidade do cuidado aos pacientes (SANTOS et al., 2011). A comunicação de forma efetiva também é extremamente importante para segurança do paciente, sendo uma das áreas prioritárias de atuação da OMS, por se tratar de uma das metas de segurança da *The Joint Commission*: melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais de saúde (WHO, 2005).

Destaca-se que a maioria (71,4%) dos profissionais afirmou que frequentemente (“quase sempre” ou “sempre”) tem liberdade de relatar a identificação de algo negativo que possa afetar o paciente, de acordo com o item “C2. *Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente*”, resultado considerado positivo para CS que é fortalecida por uma comunicação efetiva.

Os entrevistados sentem-se à vontade com os seus supervisores em “quase sempre” ou “sempre” das vezes, em 41,7% das respostas, de acordo com o item “C4. *Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores*”, evidenciando a necessidade de melhorar a comunicação entre diferentes níveis de hierarquias. Organizações seguras devem encontrar maneiras de restringir esse ambiente hierárquico, encorajando os indivíduos a se manifestarem em situações inseguras ou quando acreditam que algo pode não estar correto (WACHTER, 2013a).

Apesar disso, o item reverso “C6R. *Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo*” apresentou apenas 11% de respostas negativas (“quase sempre” ou “sempre”), a maioria relatou ter liberdade para comunicar quando algo pode estar errado, com 57,5% de respostas “nunca” ou “raramente” (Tabela 7). Carrera (2013) encontrou resultados semelhantes em relação a liberdade de questionamento entre enfermeiros de hospital oncológico, com também 11% de respostas negativas para este item, constatando que os profissionais possuíam a percepção das prováveis preocupações em questionarem decisões e ações de outros profissionais.

Tabela 7 - Distribuição de respostas por dimensão - Abertura da comunicação. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Itens		Opções de respostas*					Total
		1	2	3	4	5	
C2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	N	6	24	72	101	153	356
	%	1,7	6,7	20,2	28,4	43,0	100,0
C4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores	N	22	77	109	86	63	357
	%	6,2	21,6	30,5	24,1	17,6	100,0
C6R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	N	80	126	116	32	8	362
	%	22,7	34,8	32,0	8,8	2,2	100,0

*1: Nunca. 2: Raramente. 3: Às vezes. 4: Quase sempre. 5: Sempre.

Algumas técnicas foram desenvolvidas para melhorar a qualidade das trocas de informações entre profissionais de saúde, como o SBAR, abreviação de *Situation* (situação), *Background* (história prévia), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendação), as mensagens importantes devem ser passadas claramente e ouvidas para que atitudes sejam tomadas. Recentemente, essa técnica tem sido usada com sucesso na saúde, sendo de fácil aplicação com bom treinamento (SOUSA; MENDES, 2014b).

5.3.6 Adequação de profissionais

Observa-se que, nas respostas referentes ao quadro de pessoal ser suficiente para dar conta do trabalho, o item “A2. *Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho*” apresentou 72,2% de discordância (“discordo” ou “discordo totalmente”), sendo a maior porcentagem de resposta negativa por item obtida nesta pesquisa (Tabela 8). O que evidencia uma possível falta de recursos humanos para garantir o cuidado seguro ao paciente. Segundo Inoue e Matsuda (2010), o número adequado de

profissionais deve ser prioridade e responsabilidade da instituição, o que possibilita redução de riscos aos pacientes.

Tabela 8 - Distribuição de respostas por dimensão - Adequação de profissionais. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Itens		Opções de respostas*					Total
		1	2	3	4	5	
A2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	N	102	161	36	58	7	364
	%	28,0	44,2	9,9	15,9	1,9	100,0
A5R. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	N	33	111	94	88	27	353
	%	9,3	31,4	26,6	24,9	7,6	100,0
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/ terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	N	123	115	60	26	3	327
	%	37,6	35,2	18,3	8,0	0,9	100,0
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	N	8	74	74	150	52	358
	%	2,2	20,7	20,7	41,9	14,5	100,0

*1: Discordo totalmente. 2: Discordo. 3: Não concordo nem discordo. 4: Concordo. 5: Concordo totalmente.

Vale destacar que, nos itens reversos “A5R. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente” e “A14R. Nós trabalhamos em ‘situação de crise’, tentando fazer muito e muito rápido”, obteve-se somente 40,7% e 22,9%, respectivamente, de respostas positivas (“discordo” ou “discordo totalmente”). Ressalta-se que a maioria dos participantes (56,4%) concordou que trabalham em “situação de crise”, além disso, os profissionais relataram estarem expostos a sobrecarga de trabalho, o que acarretou em ponto negativo para prestação de cuidado ao paciente. Os achados devem-se ao fato de que a instituição estava passando por uma reestruturação no quadro de pessoal no período da realização do estudo, quando foram oferecidos planos de incentivo à demissão voluntária bastante atrativos.

Câmara (2016) encontrou uma situação semelhante com profissionais de enfermagem, considerando esta dimensão uma área frágil para segurança do paciente. Vale ressaltar que, geralmente, esta é a maior equipe do hospital e que mantém com contato direto com o paciente.

Hora, Ferreira e Silva (2013) evidenciaram que a sobrecarga de trabalho foi um dos elementos mais frequentes, citados em publicações de enfermagem, considerados desencadeadores do estresse no trabalho. Ainda acrescenta que os profissionais de saúde estão entre as profissões mais afetadas pelo estresse. Outro estudo, que avaliou a relação da carga de trabalho da enfermagem com a CS em unidade de terapia intensiva, mostrou que a sobrecarga interfere de maneira negativa na percepção de CS e na predisposição dos trabalhadores à cometerem erros na assistência, podendo ocasionar em dano ao paciente (FREITAS, 2017).

Em contrapartida, o item reverso *“A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente”* apresentou 72,8% de discordância (“discordo” ou “discordo totalmente”), sendo considerada uma alta porcentagem de respostas positivas. Salienta-se que os profissionais terceirizados não participaram desta pesquisa.

5.3.7 Respostas não punitivas aos erros

De acordo com a OMS, a presença de uma cultura não punitiva frente a ocorrências de eventos é um componente que caracteriza a CS nas organizações de saúde, devendo ser priorizadas as causas para a ocorrência dos incidentes (WHO, 2008). No entanto, esta dimensão apresentou o percentual de respostas negativas maior que o de respostas positivas em todos os itens analisados (Tabela 9).

Nos itens reversos *“A8R. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles”* e *“A12R. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”* 54,7% e 47,9% dos participantes, respectivamente, concordaram (“concordo” ou “concordo totalmente”) com as sentenças negativas, enquanto, somente 23,4% e 30,5% das respostas, respectivamente, foram positivas (“discordo” ou “discordo totalmente”).

Tabela 9 - Distribuição de respostas por dimensão - Respostas não punitivas aos erros.
Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*)
realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Itens		Opções de respostas*					Total
		1	2	3	4	5	
A8R. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles	N	16	66	77	158	34	351
	%	4,6	18,8	21,9	45,0	9,7	100,0
A12R. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	N	10	99	77	141	30	357
	%	2,8	27,7	21,6	39,5	8,4	100,0
A16R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	N	10	42	64	204	35	355
	%	2,8	11,8	18,0	57,5	9,9	100,0

*1: Discordo totalmente. 2: Discordo. 3: Não concordo nem discordo. 4: Concordo. 5: Concordo totalmente.

Além disso, o item reverso “A16R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais” apresentou a menor porcentagem de respostas positivas (“discordo” ou “discordo totalmente”) encontrada neste estudo, com apenas 14,6% de discordância, contra 67,4% de concordância (“concordo” ou “concordo totalmente”) nesta afirmação. Resultado semelhante encontrado em estudo realizado em hospitais portugueses, no qual somente 18% dos respondentes discordaram com este item, evidenciando a problemática do paradigma da punição em outros países (FERNANDES; QUEIRÓS, 2011).

Os achados deste estudo revelam um cenário alarmante para CS no quesito cultura punitiva, pois os participantes acreditavam que seus erros ou falhas poderiam ser usados contra eles, relataram que a atenção ficava sobre os envolvidos ao invés de ser sobre o evento, além de se mostrarem preocupados que os incidentes fossem registrados nas suas fichas pessoais. O que caracteriza a presença de uma cultura punitiva e, possivelmente, de ocultação do erro, desencorajando os profissionais a notificar os eventos. Como encontrado por Carrera (2013), com média de respostas positivas de apenas 30% para cultura não punitiva, a dificuldade na

realização das notificações de eventos também podia estar relacionada a falta de confiança da equipe ou falta de conhecimento dos incidentes que podem ter ocorrido nas unidades.

Apesar da confiança ser um aspecto muito importante para CS, essa credibilidade não pode ser alcançada sem que os trabalhadores tenham garantias de que serão tratados de forma justa. A CS pode ser prejudicada quando a responsabilidade de algum incidente recai, exclusivamente, sobre o trabalhador envolvido (HERSHEY, 2015).

Outro fator importante relacionado a cultura não punitiva é o reconhecimento da existência da “segunda vítima”, sendo o profissional de saúde que experimentou um sofrimento emocional após a ocorrência de um EA. Há uma necessidade de estruturas de apoio organizacional bem estabelecidas para atender aos profissionais afetados, abordando e discutindo os EA de forma não julgadora para fortalecer a CS (ULLSTRÖM, et al., 2014).

5.4 Dimensões da cultura de segurança em nível da organização hospitalar

As três dimensões foram analisadas no nível da organização hospitalar como um todo: “Apoio da gestão para segurança do paciente”, “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” e “Passagens de plantão/turno e transferências internas”.

5.4.1 Apoio da gestão para a segurança do paciente

Na dimensão “Apoio da gestão para segurança do paciente” foi avaliado o desempenho da gestão hospitalar acerca da segurança do paciente, o item “F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente” obteve 45,7% de respostas positivas (“concordo” ou “concordo totalmente”), enquanto o item “F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade” apresentou 36,0% de concordância (“concordo” ou “concordo totalmente”) dos participantes (Tabela 10). Devido à importância do papel da direção hospitalar no progresso da CS, este resultado mostra a necessidade de investimento em ações que priorizem a promoção dessa cultura por parte da gestão.

Tabela 10 - Distribuição de respostas por dimensão - Apoio da gestão para a segurança do paciente. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Itens		Opções de respostas*					Total
		1	2	3	4	5	
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	N	16	65	113	148	15	357
	%	4,5	18,2	31,7	41,5	4,2	100,0
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	N	18	91	115	104	22	350
	%	5,1	26,0	32,9	29,7	6,3	100,0
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	N	12	123	97	96	22	350
	%	3,4	35,1	27,7	27,4	6,3	100,0

*1: Discordo totalmente. 2: Discordo. 3: Não concordo nem discordo. 4: Concordo. 5: Concordo totalmente.

Destaca-se que, no hospital que esta pesquisa foi realizada, a assunção do cargo de superintendência é homologada pelo reitor da universidade, com base em uma lista tríplice, obtida por meio de eleição. Em situações especiais, a indicação pode ser direta (superintendente interino). São elegíveis para o cargo docentes da universidade com determinada titulação, sem necessariamente ter experiência ou formação administrativa, e o mandato possui duração de quatro anos.

As organizações hospitalares possuem um estilo muito conservador em relação à área administrativa, sendo comum encontrar gestores de hospitais que não possuem formação na área de administração e que estão acostumados a pensar em inovação somente com incorporação de novas tecnologias na área assistencial (MALIK, 2010).

Em relação ao item reverso “F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso”, as respostas positivas (“discordo” ou “discordo totalmente”) e negativas (“concordo” ou “concordo totalmente”) foram próximas, 33,7% e 38,5%, respectivamente. O que revela uma fragilidade na coordenação da diretoria em relação da segurança do paciente.

Wachter (2013a) afirma que a eficácia de um programa de segurança do paciente depende do conhecimento da alta liderança sobre as verdadeiras ocorrências nas unidades assistenciais,

visto que, os sistemas de notificações de incidentes não demonstram uma realidade completa da atividade na prestação de cuidado. Muitas organizações de saúde desenvolveram estratégias para conectar esses líderes com os trabalhadores da linha de frente, como o *Walk Rounds*.

Singer e Vogus (2013), também, mostraram que a prática pessoal dos líderes afeta positivamente a CS, com um impacto forte e consistente na segurança do paciente. O que pode ser realizado, por exemplo, com um estilo de liderança que capacita os funcionários e que possui abertura de comunicação entre os membros das equipes.

Segundo NPSA (2004), liderar e apoiar a equipe assistencial está entre os principais passos para desenvolver a segurança do paciente. Além disso, há crescente ênfase no engajamento de diretores e de outros líderes da área da saúde para o desenvolvimento CS, que é influenciada pela cultura organizacional e pela liderança (GOESCHEL; WACHTER; PRONOVOST, 2010).

5.4.2 Trabalho em equipe entre as unidades

Esta dimensão aborda o trabalho em equipe entre as unidades hospitalares, complementando este assunto citado anteriormente na dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”, sendo um importante componente da CS entre os prestadores de serviço de saúde (SINGER; VOGUS, 2013).

Os itens “F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto” e “F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor trabalho aos pacientes” apresentaram 47,4% e 57,7% de respostas positivas (“concordo” ou “concordo totalmente”), respectivamente. No mesmo sentido, o item reverso “F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital” apresentou 46,9% de respostas positivas (“discordo” ou “discordo totalmente”), de acordo com os dados da Tabela 11. O que mostra um resultado preocupante sobre a interação entre os profissionais de diferentes unidades na instituição.

Tabela 11 - Distribuição de respostas por dimensão - Trabalho em equipe entre as unidades. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Itens		Opções de respostas*					Total
		1	2	3	4	5	
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	N	6	110	110	114	18	358
	%	1,7	30,7	30,7	31,8	5,0	100,0
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	N	11	61	115	161	8	356
	%	3,1	17,1	32,3	45,2	2,2	100,0
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital	N	29	139	99	76	15	358
	%	8,1	38,8	27,7	21,2	4,2	100,0
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor trabalho aos pacientes	N	2	49	98	175	28	352
	%	0,6	13,9	27,8	49,7	8,0	100,0

*1: Discordo totalmente. 2: Discordo. 3: Não concordo nem discordo. 4: Concordo. 5: Concordo totalmente.

A qualidade do trabalho em equipe afeta a eficácia dos cuidados, a segurança do paciente e os resultados clínicos. As Estratégias e Ferramentas de Equipe para Melhorar o Desempenho e a Segurança do Paciente, conhecido como *TeamSTEPPS*, foi desenvolvido com o objetivo de melhorar a segurança do paciente, por meio de uma abordagem com comunicação aprimorada e trabalho em equipe eficaz. O *TeamSTEPPS* oferece ferramentas baseadas em evidências e projetadas para os serviços de saúde (CLANCY, 2007). Thomas e Galla (2013) realizaram um estudo de comparação sobre a CS com a implementação do *TeamSTEPPS*, usado para o treinamento em equipe, facilitando a transformação da cultura organizacional, e encontraram uma melhoria significativa em relação à CS.

Por outro lado, no item “F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si” houve mais concordância (“concordo” ou “concordo totalmente”) dos participantes (36,8%) em relação à possível falta de coordenação entre as unidades. A comunicação e a interação entre os profissionais deve ser um exercício cotidiano para o desenvolvimento do trabalho em equipe

(CIAMPONE; PEDUZZI, 2000), ressaltando a necessidade de incentivar esses aspectos por meio da gestão hospitalar para melhorar a coordenação das unidades entre si.

5.4.3 Passagem de plantão ou de turno/transferências

Todos os itens reversos desta dimensão obtiveram maior porcentagem de respostas positivas, como apresentado na Tabela 12. Houve discordância (discordo ou discordo totalmente) em 45,0% das respostas no item “*F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra*”, em 49,9% no item “*F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno*”, em 42,0% no item “*F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital*” e em 59,3% no item “*F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes*”. Apesar dos itens não terem apresentado resultados favoráveis para CS nesta dimensão, outros estudos brasileiros encontraram achados menos positivos em diferentes itens (COSTA, 2014; RODRIGUES, 2016; CÂMARA, 2016).

Diante do exposto, revela-se uma importante preocupação sobre a passagem de plantão/turno ou transferências de pacientes, chamando a atenção para a necessidade de investimento na melhoria desse processo, por ser considerado um momento do cuidado de alto risco para possíveis causas de incidentes. É fundamental a existência de uma padronização na passagem de plantão/turno, esse processo deve ocorrer em local e horário determinados e adequados, os profissionais envolvidos devem estar disponíveis e atentos pelo tempo necessário para passagem de todas as informações necessárias, devendo haver o registro dos itens mais importantes da troca verbal de informações acerca do cuidado. Além disso, deve-se aplicar estratégias para realização dessas trocas de informações, como o SBAR, no qual as mensagens importantes devem ser passadas claramente para que atitudes sejam tomadas, já citado anteriormente (SOUSA; MENDES, 2014b).

Tabela 12 - Distribuição de respostas por dimensão - Passagem de plantão ou de turno/transferências. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSOPSC) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Itens		Opções de respostas*					Total
		1	2	3	4	5	
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	N	18	138	113	68	10	347
	%	5,2	39,8	32,6	19,6	2,9	100,0
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	N	34	141	97	72	7	351
	%	9,7	40,2	27,2	20,5	2,0	100,0
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	N	10	136	114	70	10	340
	%	2,0	40,0	33,5	20,6	2,9	100,0
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	N	38	166	96	40	4	344
	%	11,0	48,3	27,9	11,6	1,2	100,0

*1: Discordo totalmente. 2: Discordo. 3: Não concordo nem discordo. 4: Concordo. 5: Concordo totalmente.

5.5 Dimensões de resultado da cultura de segurança

As duas dimensões de resultados foram analisadas de acordo com as frequências das respostas dos participantes da pesquisa, sendo consideradas como pontos críticos para avaliação da cultura de segurança da instituição.

5.5.1 Percepção geral da segurança do paciente

Nesta dimensão, foram avaliados aspectos referentes à segurança do paciente de modo geral, conforme os dados expostos na Tabela 13. Os itens reversos “A10R. *É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui*” e “A17R. *Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente*” apresentaram 62,3% e 44,0%, respectivamente, de respostas positivas (“discordo” ou “discordo totalmente”), resultados preocupantes, porém

ainda mais positivos do que os encontrados em outros estudos, com porcentagens inferiores de respostas favoráveis à CS (COSTA, 2014; RODRIGUES, 2016). Deve-se investir no envolvimento de todos os prestadores de cuidados de saúde para o aprimoramento da segurança do paciente na instituição. De acordo com Thomas e Galla (2013), a criação de uma CS requer a participação de todos os membros, com o objetivo de alcançar os resultados desejados e prevenir danos.

Tabela 13 - Distribuição de respostas por dimensão - Percepção geral da segurança do paciente. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Itens		Opções de respostas*					Total
		1	2	3	4	5	
A10R. É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui	N	69	148	76	49	6	348
	%	19,8	42,5	21,8	14,1	1,7	100,0
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	N	55	137	58	83	20	353
	%	15,6	38,8	16,4	23,5	5,7	100,0
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	N	26	129	72	113	12	352
	%	7,4	36,6	20,5	32,1	3,4	100,0
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	N	7	77	100	154	24	362
	%	1,9	21,3	27,6	42,5	6,6	100,0

*1: Discordo totalmente. 2: Discordo. 3: Não concordo nem discordo. 4: Concordo. 5: Concordo totalmente.

Somente 49,1% dos participantes concordaram (“concordo” ou “concordo totalmente”) com o item “A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros”. Enquanto, no item “A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”, 54,4% dos participantes discordaram (“discordo” ou “discordo totalmente”) que a segurança do paciente não é afetada com maior carga de trabalho. Em contrapartida, Freitas (2017) identificou que a sobrecarga de trabalho afetava, negativamente, a CS e os riscos ao paciente.

O processo de redução de riscos pode ser efetuado por meio do PDCA, que representa um conjunto de ações iniciadas com o desenho das atividades (*Plan*), seguidas pela

implementação (*Do*), pelo monitoramento dos riscos (*Check*) e pela reação aos problemas encontrados (*Act*). Após a ocorrência do incidente, deve-se reagir aos problemas de segurança identificados, com o objetivo de solucionar as situações previamente analisadas, planejar e implementar o tratamento dos riscos (GAMA; HERNÁNDEZ, 2017).

5.5.2 Frequência de notificação de eventos

A notificação de eventos pode ser um componente estratégico para promover a CS, pois possibilita a identificação de riscos e gera informações para melhoria da segurança. Observa-se nas respostas apresentadas nos itens “D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado” e “D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado”, que 59,9% e 59,3% dos profissionais, respectivamente, afirmaram que “quase sempre” ou “sempre” esses eventos são relatados (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição de respostas por dimensão - Frequência de notificação de eventos. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Itens		Opções de respostas*					Total
		1	2	3	4	5	
D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	N	20	47	71	96	110	344
	%	5,8	13,7	20,6	27,9	32,0	100,0
D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	N	16	48	77	116	90	347
	%	4,6	13,8	22,2	33,4	25,9	100,0
D3. Quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	N	14	32	64	109	125	344
	%	4,1	9,3	18,6	31,7	36,3	100,0

*1: Nunca. 2: Raramente. 3: Às vezes. 4: Quase sempre. 5: Sempre.

Nesse mesmo sentido, o item “D3. Quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado” apresentou a maioria (68,0%) das respostas como “quase sempre” ou “sempre” desses eventos relatados. Pode haver uma relação entre a notificação de eventos e a presença de cultura punitiva, levando a baixa frequência para relatar um incidente por medo de punição por parte dos profissionais envolvidos.

Segundo Carrera (2013), a falta de confiança da equipe e a falta de conhecimento também podem dificultar a realização das notificações de eventos. A autora sugeriu que o trabalho realizado pela instituição sobre os incidentes fosse amplamente divulgado, para que os profissionais percebam como as análises dessas notificações recebidas são feitas e as sugestões de melhorias possam ser implementadas no processo de trabalho, após a identificação das causas.

Dentre os componentes da CS, sugeridos pela OMS, encontra-se a cultura de notificação de incidentes, que encoraje as pessoas a relatar e notificar os eventos (WHO, 2008). Além disso, o retorno das informações acerca dos EA que foram notificados pode aumentar a confiança no sistema de notificação e fortalecer a CS (SCHEIN, 2009).

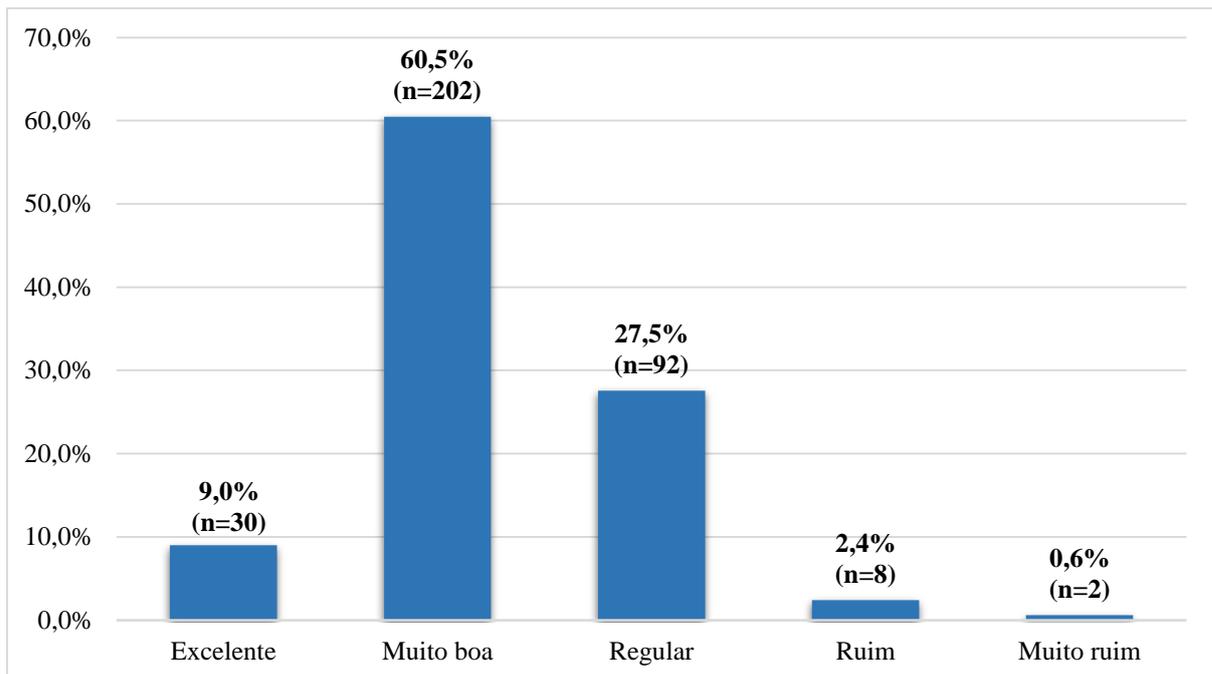
5.6 Seção - Nota de segurança do paciente

A nota de segurança do paciente poderia ser avaliada de acordo com as opções “excelente”, “muito boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”. A maioria dos profissionais (69,5%) considerou a segurança do paciente dentro da unidade/área de trabalho no hospital como “excelente” ou “muito boa”, enquanto somente 3,0% das respostas foram como “ruim” ou “muito ruim”, conforme apresentado no Figura 3. Vale ressaltar que as porcentagens apresentadas foram baseadas no número de 334 respostas válidas para esta seção.

Outros estudos realizados em diversos países apresentaram resultados semelhantes nesta seção. Na Arábia Saudita, Alahmadi (2010) encontrou a porcentagem de 60% para as respostas como “excelente” ou “muito boa”, resultado semelhante foi obtido nos hospitais da Eslováquia que tiveram 61,9% dessas respostas (MIKUŠOVÁ et al., 2012) e da Palestina com 63,5% (HAMDAN; SALEEM, 2013). Nos EUA, Wagner et al. (2013) obtiveram achados ainda mais

positivos, com 73% das respostas “excelente” ou “muito boa”. O que evidencia um cenário favorável em relação a percepção de profissionais de saúde acerca de segurança do paciente.

Figura 3 - Distribuição de respostas para avaliação da segurança do paciente pelos profissionais na unidade/área de trabalho. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018



Fonte: Autora.

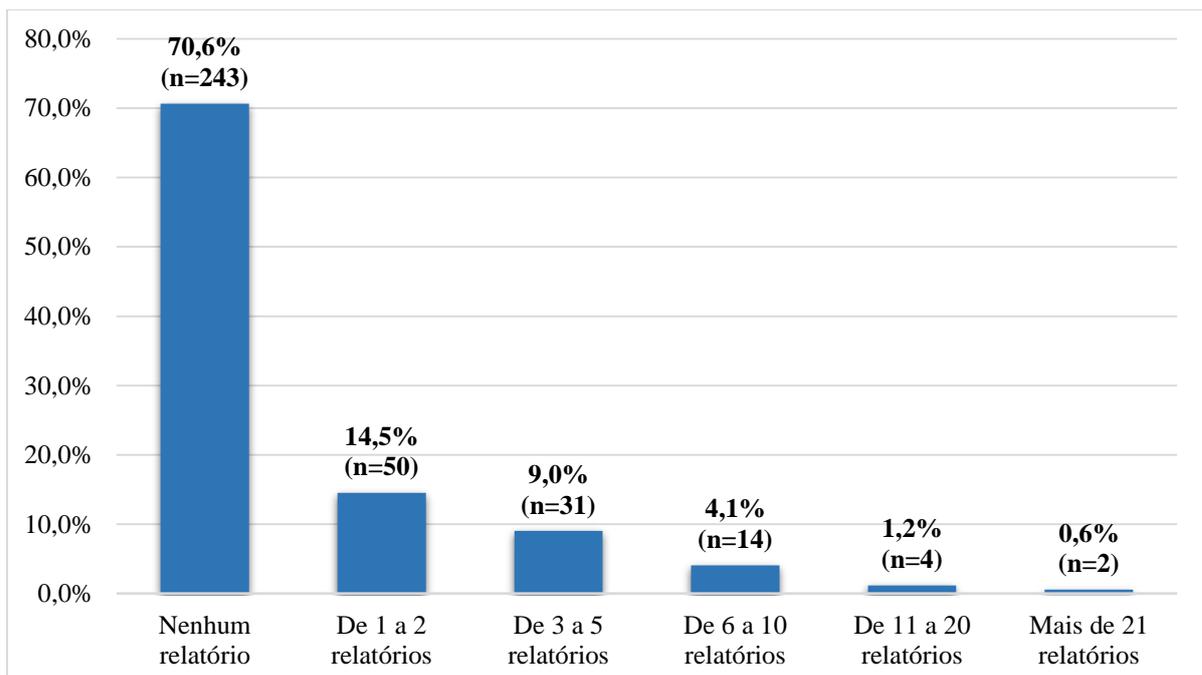
Apesar disso, a nota dada pelos participantes deste estudo mostrou que a percepção dos mesmos a respeito da segurança do paciente foi divergente em comparação com a avaliação da CS por meio das dimensões do HSOPSC. O que pode alterar o entendimento dos profissionais sobre a realidade da segurança do paciente dentro da instituição. Evidencia-se a necessidade dos funcionários obterem o conhecimento adequado acerca da segurança do paciente, para identificar os problemas presentes no sistema e buscar melhorias para a qualidade do cuidado ao paciente.

Segundo Singer e Vogus (2013), a CS dificilmente é percebida da mesma forma por toda a organização. Essa percepção pode variar de acordo com diversos aspectos, como a posição hierárquica do trabalhador e a categoria profissional, o que reflete diretamente nos resultados de segurança do paciente. Deve-se realizar intervenções que promovam a CS, com o objetivo de reduzir os EA e priorizar a segurança do paciente.

5.7 Seção - Notificação de eventos nos últimos 12 meses

Nota-se que 243 participantes (70,6%) deste estudo não preencheram relatórios de notificação de eventos nos últimos 12 meses, seguido daqueles que realizaram de um a dois relatórios de notificações nesse mesmo período, representando 14,5% dos 344 profissionais que responderam esta seção (Figura 4), demonstrando uma possível falta de informação sobre esses relatórios ou de conscientização acerca da importância do preenchimento dos mesmos. Além disso, a baixa quantidade de EA reportados pode estar relacionada à cultura de culpabilização ainda enraizada na equipe profissional, como apresentado na dimensão de “Respostas não punitivas aos erros”, e a falta de confiança no sistema de notificação. Entretanto, o hospital em questão possui diversas estratégias para incentivar os profissionais a reportar os eventos, por exemplo, os grupos de reuniões da enfermagem para análise de EA, a presença de um serviço de farmácia clínica bastante atuante na segurança do paciente, a comissão de análises de óbitos e o encaminhamento dos dados sobre os incidentes para a Anvisa, por se tratar de um Hospital Sentinela.

Figura 4 - Distribuição de respostas para quantidade de notificação de eventos realizada pelos profissionais nos últimos 12 meses. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018



Fonte: Autora.

Liu et al. (2016), Batalha (2012) e Massoco (2012) também relataram que 67,4%, 73,5% e 76,8% dos respondentes, respectivamente, não reportaram relatórios de EA no último ano antes dessas pesquisas. O que evidencia as elevadas taxas de subnotificações nas instituições hospitalares, devendo ser uma ação incentivada para futuras melhorias.

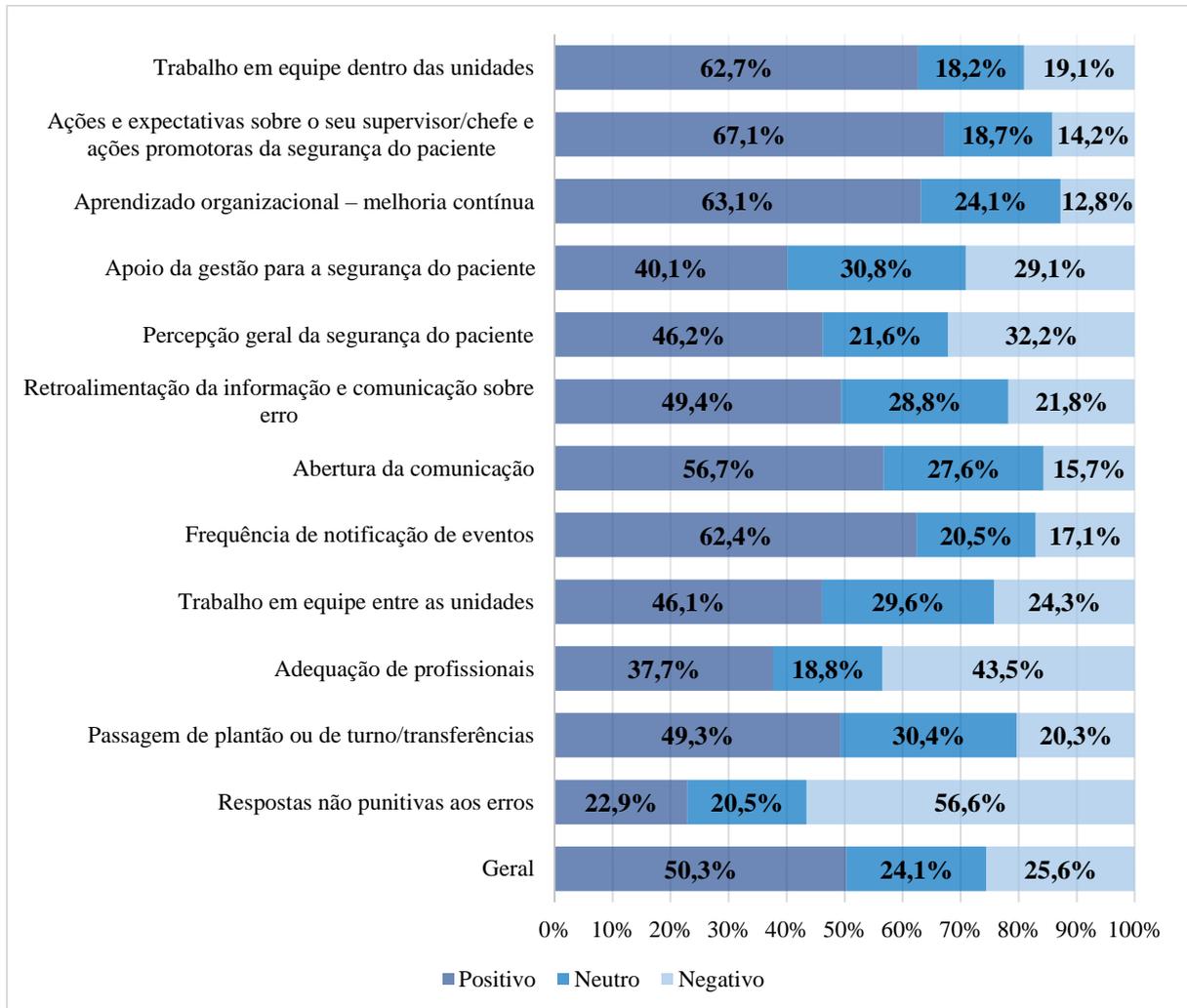
5.8 Distribuição da porcentagem de respostas por dimensão e geral

As porcentagens de respostas positivas, neutras e negativas para as dimensões e o geral dessas respostas no questionário estão apresentadas na Figura 5. Vale destacar que as dimensões “Trabalho em equipe dentro das unidades” (62,7%), “Ações e expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” (67,1%), “Aprendizado organizacional/melhoria contínua” (63,1%), “Abertura da comunicação” (56,7%) e “Frequência de notificação de eventos” (62,4%) apresentaram porcentagens de respostas positivas superiores a 50%, incluindo o valor geral de 50,3% de respostas positivas. Entretanto, a CS na instituição não pode ser considerada forte ou expressiva, necessitando de melhorias em diversas áreas, como já foi analisado em cada dimensão anteriormente. Outro estudo encontrou um resultado semelhante de 52% das respostas positivas para o percentual médio das dimensões (REIS, 2013).

No entanto, de acordo com os critérios de classificação propostos pelos autores do instrumento (SORRA; NIEVA, 2004), nenhuma dimensão atingiu o valor de percentual de respostas positivas a partir de 75% para ser considerada uma “área forte” para segurança do paciente. O que mostra uma necessidade de melhoria da CS em todas as áreas da instituição, independente do departamento do hospital ou do nível de escolaridade dos participantes, como foi distribuída a amostra desta pesquisa. Da mesma forma, o estudo realizado por Hamdan e Saleem (2013) não encontrou áreas consideradas fortes para CS.

Como “áreas frágeis” na instituição, a partir do critério utilizado neste estudo (valores menores que 50% de respostas positivas), foram identificadas as seguintes dimensões: “Apoio da gestão para segurança do paciente” (40,1%), “Percepção geral da segurança do paciente” (46,2%), “Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro” (49,4%), “Trabalho em equipe entre as unidades” (46,1%), “Adequação de profissionais” (37,7%), “Passagem de plantão ou de turno/transferências” (49,3%) e “Respostas não punitivas aos erros” (22,9%).

Figura 5 - Porcentagens de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões e geral do questionário. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSOPSC) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018



Fonte: Autora.

A AHRQ, em conjunto com uma organização de enfermagem, articulou algumas ações para o desenvolvimento de uma CS do paciente, incluindo: apoiar o desenvolvimento e a implementação de um programa de segurança do paciente em toda a organização; projetar sistemas e procedimentos clínicos seguros; monitorar atividades clínicas para identificar riscos esperados e inesperados; incentivar um ambiente de notificação de EA não punitivos e com recompensas para os relatos das práticas inseguras; realizar pesquisas de segurança; e garantir que a equipe seja devidamente competente e treinada em relação à segurança do paciente (HUGHES, 2008).

Percebe-se que a dimensão “Ações e expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” (67,1%) obteve o maior percentual de respostas positivas. O que pode influenciar no resultado das outras dimensões com percentuais mais positivos, como “Aprendizado organizacional/melhoria contínua” e “Trabalho em equipe dentro das unidades”, sendo reflexo do incentivo recebido pelos funcionários por meio de chefes dos setores. Gama, Oliveira e Hernández (2013) também tiveram a porcentagem mais elevada de respostas positivas (63,2%) para dimensão relacionada às ações de promoção da segurança do paciente pelos supervisores.

Por outro lado, a dimensão mais frágil para CS foi observada na “Respostas não punitivas aos erros” com somente 22,9% de respostas positivas e 56,6% de respostas negativas. Diversos estudos obtiveram o mesmo resultado, com essa dimensão apresentando o menor percentual de respostas positivas (SHU et al., 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015; AL-MANDHARI et al., 2014; EL-JARDALI et al., 2014; REIS, 2013; HAMDAN; SALEEM, 2013; ALAHMADI, 2010). Vale ressaltar a extrema necessidade de melhoria em relação à cultura de culpabilização, o “medo da culpa” por parte dos profissionais deve ser desmitificado dentro das instituições de saúde. Além disso, pode-se ter um grande número de incidentes não notificados por medo da penalidade. A promoção de um ambiente livre de culpa foi um dos pontos propostos pela AHRQ (2013) para que as instituições de saúde possam ter uma CS bem estabelecida.

5.9 Distribuição dos resultados por dimensões e geral

A análise estatística descritiva foi realizada para cada dimensão e no geral do questionário, conforme exposto no Quadro 2, com as distribuições dos escores dados pelos participantes, e na Figura 6, apresentando os *Boxplots* representativos dessas distribuições. Esses foram os mesmos resultados obtidos e discutidos anteriormente, porém demonstrados por outra perspectiva.

Observa-se que as dimensões que apresentaram maior mediana foram “Frequência de notificação de eventos” e “Ações e expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”. Esses resultados mostraram que a maioria dos funcionários tinha liberdade para reportar os eventos ocorridos e acreditava nas atitudes dos seus supervisores para promover a segurança do paciente. Em contrapartida, a dimensão “Respostas não punitivas aos erros” apresentou a menor mediana das respostas. Tal achado

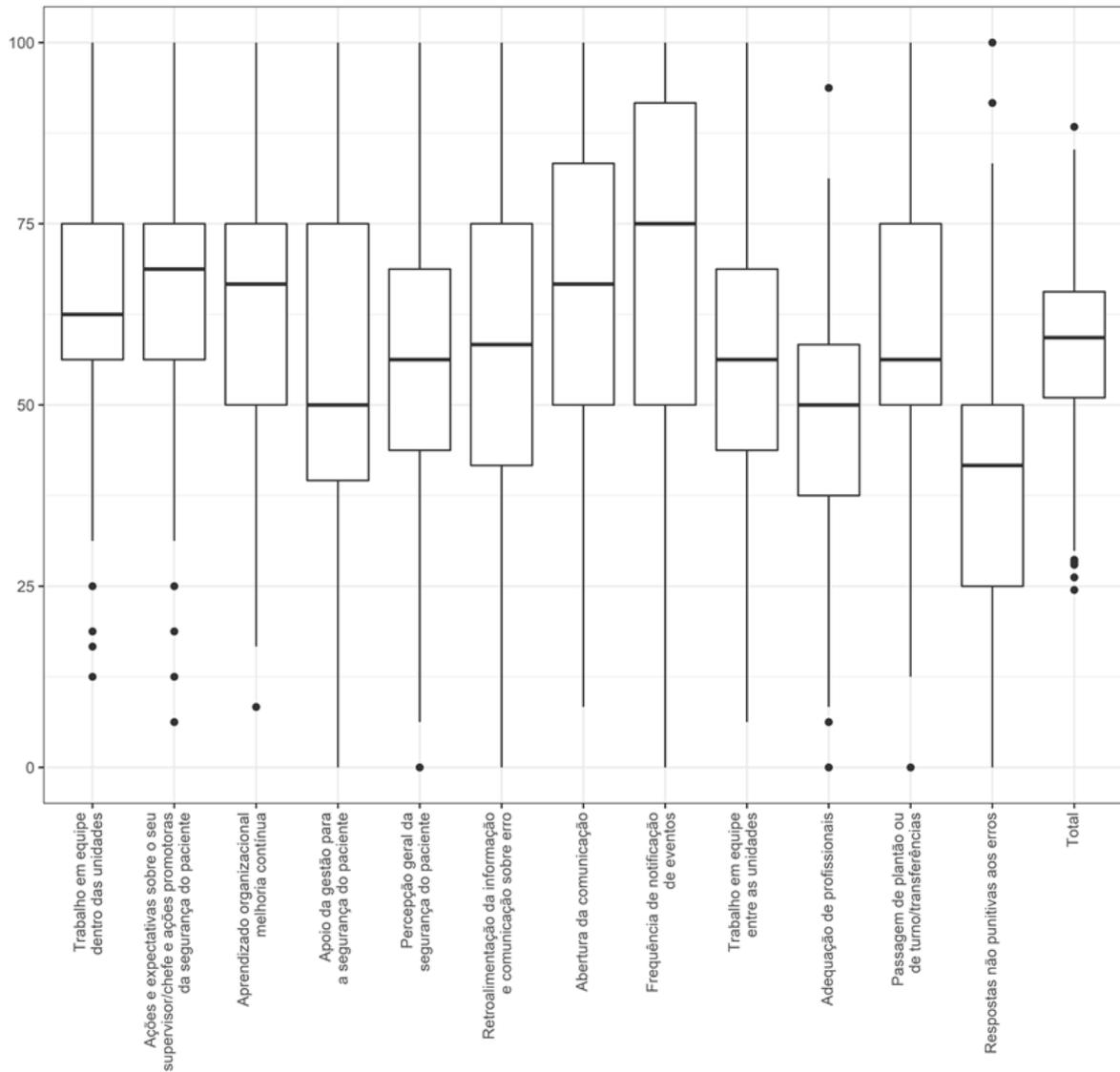
aponta que os trabalhadores tinham medo que seus erros e eventos reportados pudessem ser usados contra eles. Silva-Batalha e Melleiro (2015) encontraram resultados semelhantes com profissionais de enfermagem em hospital de ensino.

Quadro 2 - Estatística descritiva representando as distribuições dos escores das dimensões e geral do questionário. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

Variáveis	N	Média	DP*	Mín*	1°Q*	Mediana	3°Q*	Máx*	IC95%*	
Trabalho em equipe dentro das unidades	367	62,6	17,0	12,5	56,3	62,5	75,0	100,0	62,5	65,6
Ações e expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	361	66,8	19,0	6,3	56,3	68,8	75,0	100,0	65,6	68,8
Aprendizado organizacional/ melhoria contínua	363	64,7	17,5	8,3	50,0	66,7	75,0	100,0	62,5	66,7
Apoio da gestão para a segurança do paciente	360	52,7	21,4	0,0	39,6	50,0	75,0	100,0	50,0	54,2
Percepção geral da segurança do paciente	364	54,9	17,0	0,0	43,8	56,3	68,8	100,0	53,1	56,3
Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro	365	61,2	23,1	0,0	41,7	58,3	75,0	100,0	58,3	62,5
Abertura da comunicação	365	66,2	21,2	8,3	50,0	66,7	83,3	100,0	62,5	68,8
Frequência de notificação de eventos	347	67,8	25,9	0,0	50,0	75,0	91,7	100,0	66,7	75,0
Trabalho em equipe entre as unidades	365	55,8	16,6	6,3	43,8	56,3	68,8	100,0	53,1	58,3
Adequação de profissionais	367	47,8	16,3	0,0	37,5	50,0	58,3	93,8	46,9	50,0
Passagem de plantão ou de turno/transferências	362	58,3	17,3	0,0	50,0	56,3	75,0	100,0	56,3	59,4
Respostas não punitivas aos erros	364	40,2	18,1	0,0	25,0	41,7	50,0	100,0	37,5	41,7
Geral	368	58,2	11,7	24,5	51,0	59,3	65,6	88,4	57,0	59,4

*DP: desvio padrão. Mín: mínimo. 1°Q: 1° quartil. 3°Q: 3° quartil. Máx: máximo. IC: intervalo de confiança.

Figura 6 - *Boxplots* representando as distribuições dos escores das dimensões e geral do questionário. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSOPSC) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018



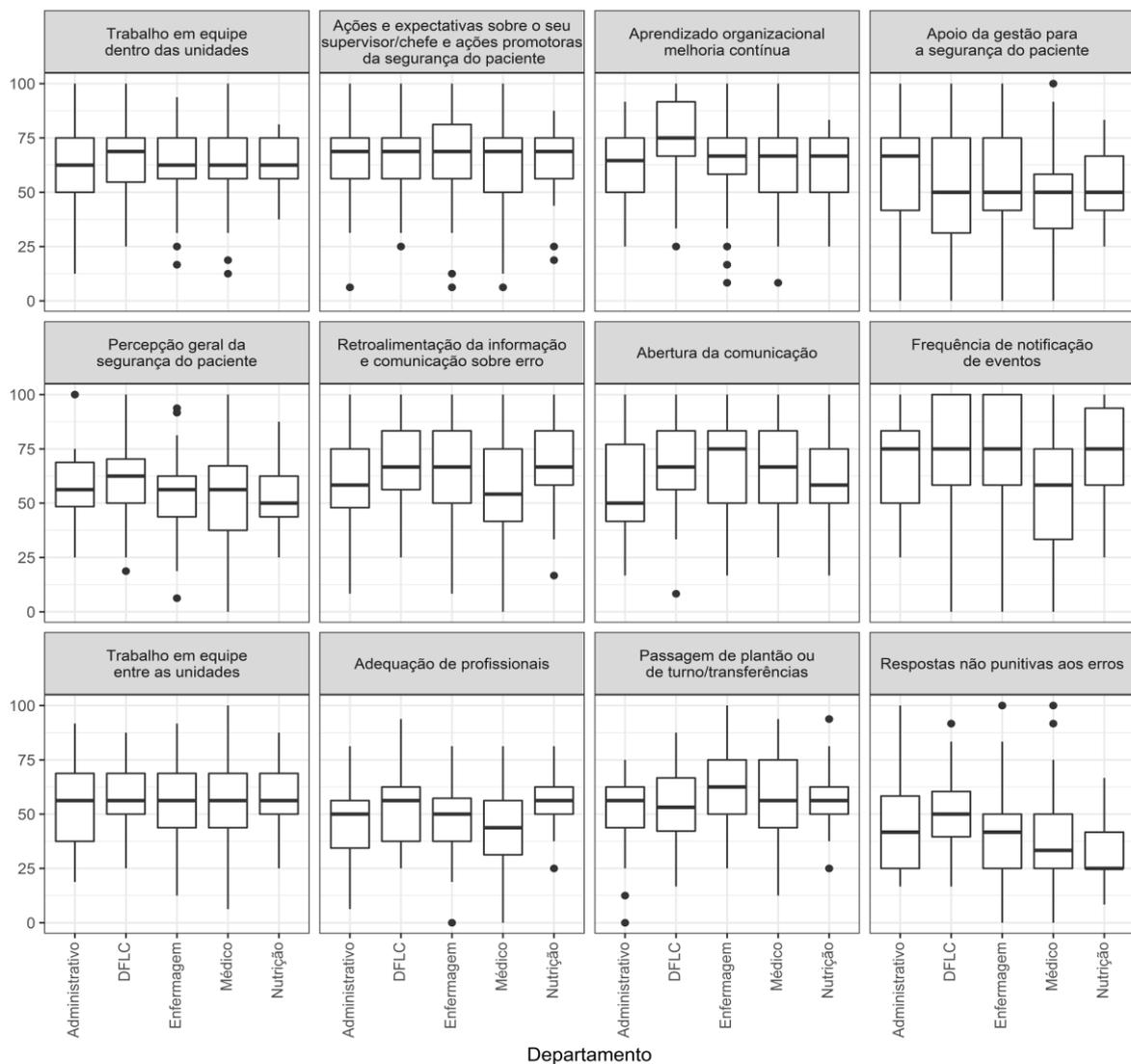
Fonte: Autora.

5.10 Testes estatísticos das dimensões de cultura de segurança

5.10.1 Departamento hospitalar

As distribuições dos escores relacionados a cada dimensão por departamento do hospital estão representadas pelos *Boxplots* da Figura 7, conforme os departamentos: administrativo, médico, de enfermagem, de nutrição e Departamento de Farmácia e Laboratório Clínico (DFLC). Os demais departamentos foram distribuídos entre esses citados para fins de análise estatística, como os departamentos de odontologia e serviço social foram incluídos no departamento médico, e a superintendência agrupada ao administrativo.

Figura 7 - *Boxplots* representando as distribuições dos escores das dimensões de cultura de segurança por departamento. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018



Fonte: Autora.

As dimensões “Frequência de notificação de eventos” e “Respostas não punitivas aos erros” apresentaram valor de $p < 0,001$ para o teste da hipótese que os grupos comparados fossem considerados semelhantes, ou seja, o teste foi significativo para essas dimensões e houve rejeição da hipótese nula.

Na dimensão “Frequência de notificação de eventos”, o departamento médico foi considerado, de maneira significativa, diferente dos demais grupos por apresentar menor distribuição nessa dimensão. Os outros departamentos foram apontados como grupos semelhantes entre si. Dessa forma, pode-se afirmar que os funcionários envolvidos no departamento médico foram os que obtiveram a menor frequência de notificação de eventos, devendo ser algo incentivado e divulgado pela liderança do hospital.

Esse resultado foi semelhante ao encontrado em estudo sobre notificações de eventos por parte da classe médica, no qual identificou que uma pequena porcentagem de médicos relatava os incidentes. O estudo também mostrou que o desconhecimento do processo de notificação diminuía a frequência de relatos. Além disso, os autores apontaram as principais barreiras para a realização de notificação pelos médicos, como a falta de *feedback* sobre os eventos reportados, o preenchimento muito longo do relatório e o entendimento de que certos incidentes eram muito comuns e não precisariam ser reportados (EVANS et al., 2006). Segundo outro estudo de Rowin et al. (2008), os médicos afirmaram não ter tempo para relatar eventos e que o relatório deveria ser mais objetivo para ser preenchido.

Com isso, Evans et al. (2006) sugeriram que fossem adotados sistemas de notificação de EA mais rápidos, tanto para o preenchimento, como para as soluções e os retornos mais responsivos, com recurso e infraestrutura adequados.

Em relação à “Respostas não punitivas aos erros”, o departamento administrativo e DFCL foram considerados iguais entre si, assim como os departamentos de enfermagem e médico foram semelhantes entre si. Entretanto, o departamento de nutrição apresentou-se como o único grupo distinto dos demais, com a percepção dos funcionários mais baixa acerca das respostas não punitivas aos erros, ou seja, esse departamento obteve a pior cultura punitiva dentro do hospital.

A dimensão “Respostas não punitivas aos erros” apresentou os menores resultados em todos os departamentos do hospital, porém, no departamento de nutrição, esse resultado foi

ainda mais preocupante. Poucos estudos foram realizados com essa classe profissional, no intuito de avaliar a CS. Geil et al. (2015) analisaram a CS, envolvendo somente nutricionistas hospitalares, entretanto, encontraram que as dimensões com menores resultados positivos foram “Percepção geral de segurança do paciente” e “Adequação de profissionais”. Os autores ressaltaram a necessidade de mais pesquisas serem realizadas com profissionais de nutrição.

A cultura punitiva pode diminuir também a frequência de eventos reportados pelos profissionais, como afirmaram Ali et al. (2018), que o medo de punição tem reduzido consideravelmente a frequência de relato de incidentes. Sugerem a necessidade de investimento em iniciativas de melhorias do sistema para fortalecer a CS do paciente.

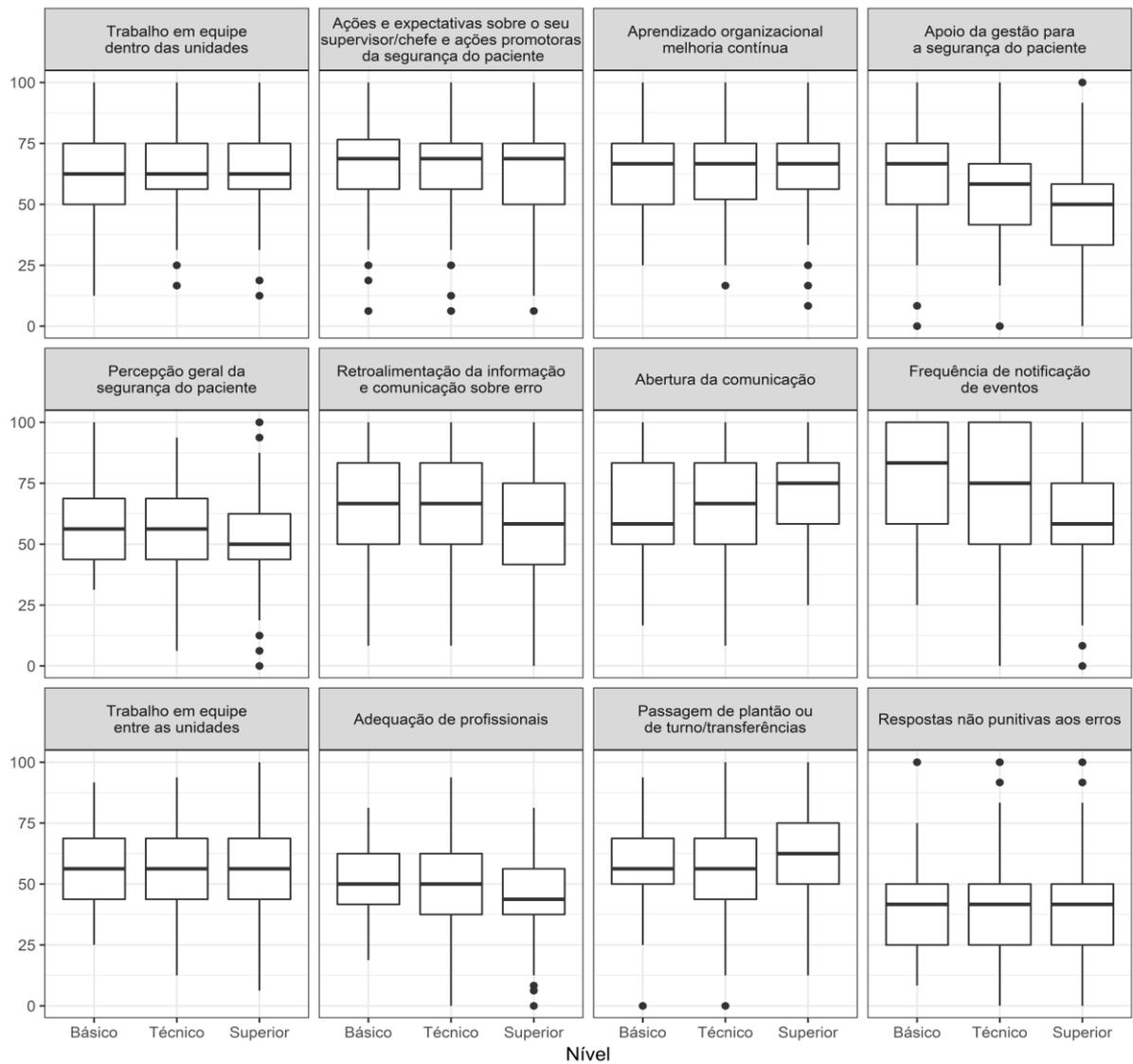
Outro aspecto importante sobre notificação de eventos e cultura punitiva foi evidenciado por Sexton, Thomas e Helmreich (2000), em estudo comparativo entre profissionais de indústrias de aviação e profissionais de saúde, avaliando a percepção dos mesmos acerca de erros, estresse e trabalho em equipe. Em relação aos prestadores do serviço de saúde, identificou-se que a suscetibilidade ao erro não foi universalmente reconhecida entre eles, relatando que o erro não era adequadamente tratado pela instituição hospitalar e que a tomada de decisão relacionada aos incidentes deveria incluir mais opiniões e contribuições dos membros das equipes. Além disso, os entrevistados reconheceram diversas barreiras, que dificultavam a discussão dos erros e, conseqüentemente, o relato dos incidentes. Algumas dessas barreiras citadas foram: ameaça de processos jurídicos por negligência ou ações punitivas de conselhos profissionais, necessidade de manter a reputação profissional e expectativas elevadas da família dos pacientes ou de membros da equipe. Em contrapartida, a abordagem da aviação estava pautada em lidar com erros de forma não punitiva e proativa, com estratégias comportamentais ensinadas em treinamento de gerenciamento de recursos, visando evitar, identificar e solucionar os incidentes.

5.10.2 Nível de escolaridade

Analisou-se a distribuição dos escores, por meio de *Boxplots* (Figura 8), das dimensões para cada nível de escolaridade presente nesta pesquisa, nível Básico, Técnico e Superior. As variáveis categóricas numéricas ou ordinais foram analisadas pelo coeficiente de correlação

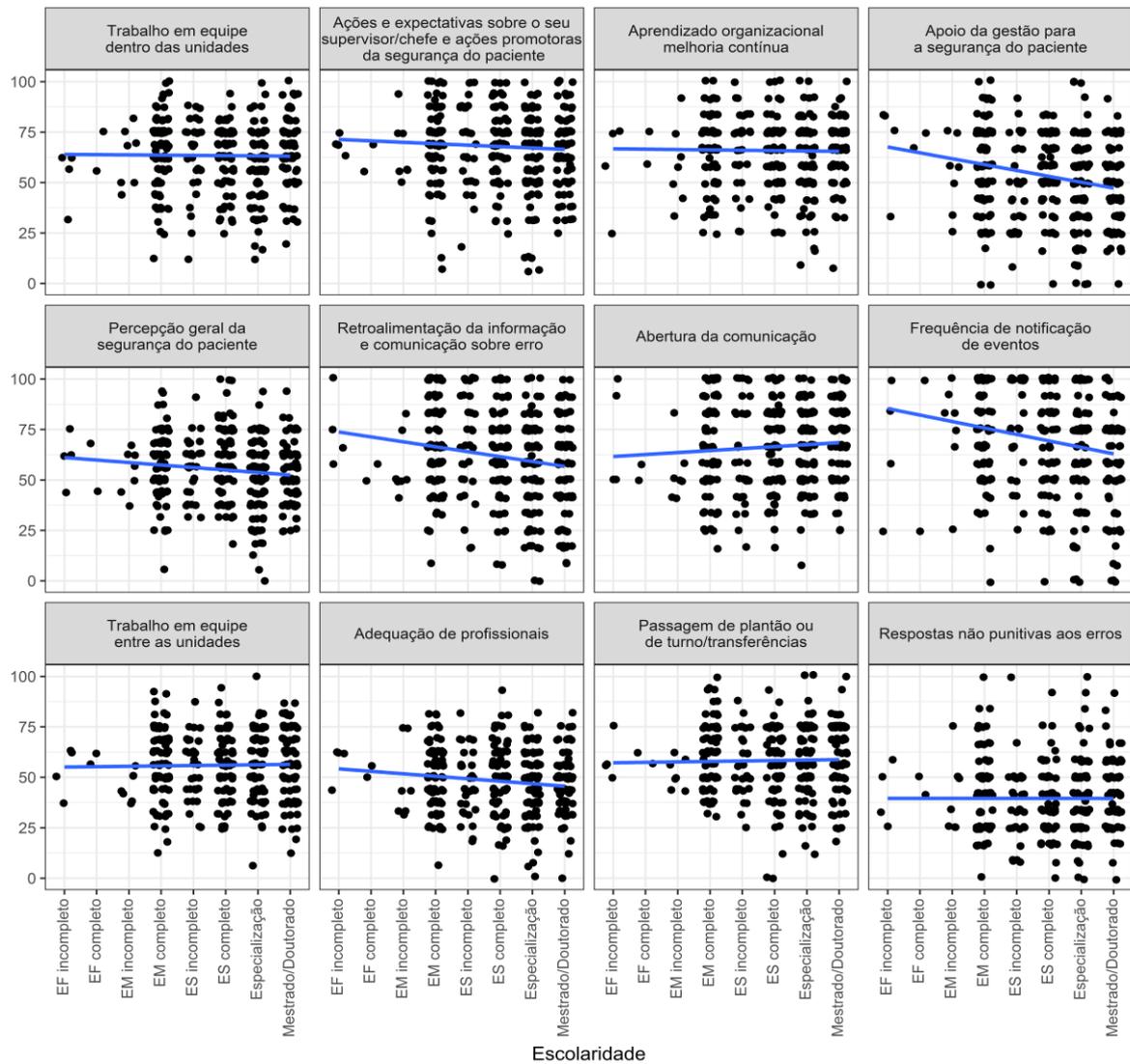
para verificar a existência de uma relação linear entre as dimensões e a escolaridade, variando entre Ensino Fundamental Incompleto e Mestrado/Doutorado (Figura 9).

Figura 8 - *Boxplots* representando as distribuições dos escores das dimensões de cultura de segurança por nível de escolaridade. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018



Fonte: Autora.

Figura 9 - Correlação de Kendall para cada dimensão de cultura de segurança entre escolaridades. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSOPSC) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018



Fonte: Autora.

Após a aplicação do teste de Kruskal-Wallis, somente as dimensões “Apoio da gestão para segurança do paciente” e “Frequência de notificação de eventos” apresentaram valor de p significativo ($p < 0,001$), mostrando diferença entre os níveis de escolaridade. Vale ressaltar que o teste de Correlação de Kendall mostrou correlação negativa significativa ($p < 0,001$) para essas duas dimensões, dessa forma, o aumento da escolaridade dos funcionários, diminui a percepção dos mesmos acerca dessas dimensões.

Na dimensão relacionada ao apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente, os três grupos foram considerados diferentes entre si. Entretanto, o nível básico apresentou o melhor resultado e o nível superior o menor, confirmando a correlação negativa para essa dimensão. Observa-se que, quanto maior era o nível de escolaridade do respondente, menor foi a percepção do mesmo sobre o apoio da gestão para promover a segurança do paciente, por se tratar dos profissionais com mais proximidade da direção hospitalar. Segundo Joshi e Hines (2006), um conselho diretor engajado pode ajudar a promover a segurança, principalmente, quando revisa regularmente dados de qualidade e de segurança, dispõe de tempo para tratar esses assuntos e disponibiliza um diálogo ativo entre o conselho e as equipes.

Em relação à “Frequência de notificação de eventos”, houve diferença somente no nível superior, quando comparado com os demais níveis. Os níveis básico e técnico foram considerados semelhantes entre si. Destaca-se que o nível superior apresentou a menor frequência de notificação, corroborando com a correlação negativa encontrada, quanto maior a escolaridade, menor a frequência de eventos notificados. Isso evidencia a necessidade de divulgação do sistema de notificação de EA, principalmente, entre os profissionais de maiores níveis de escolaridade.

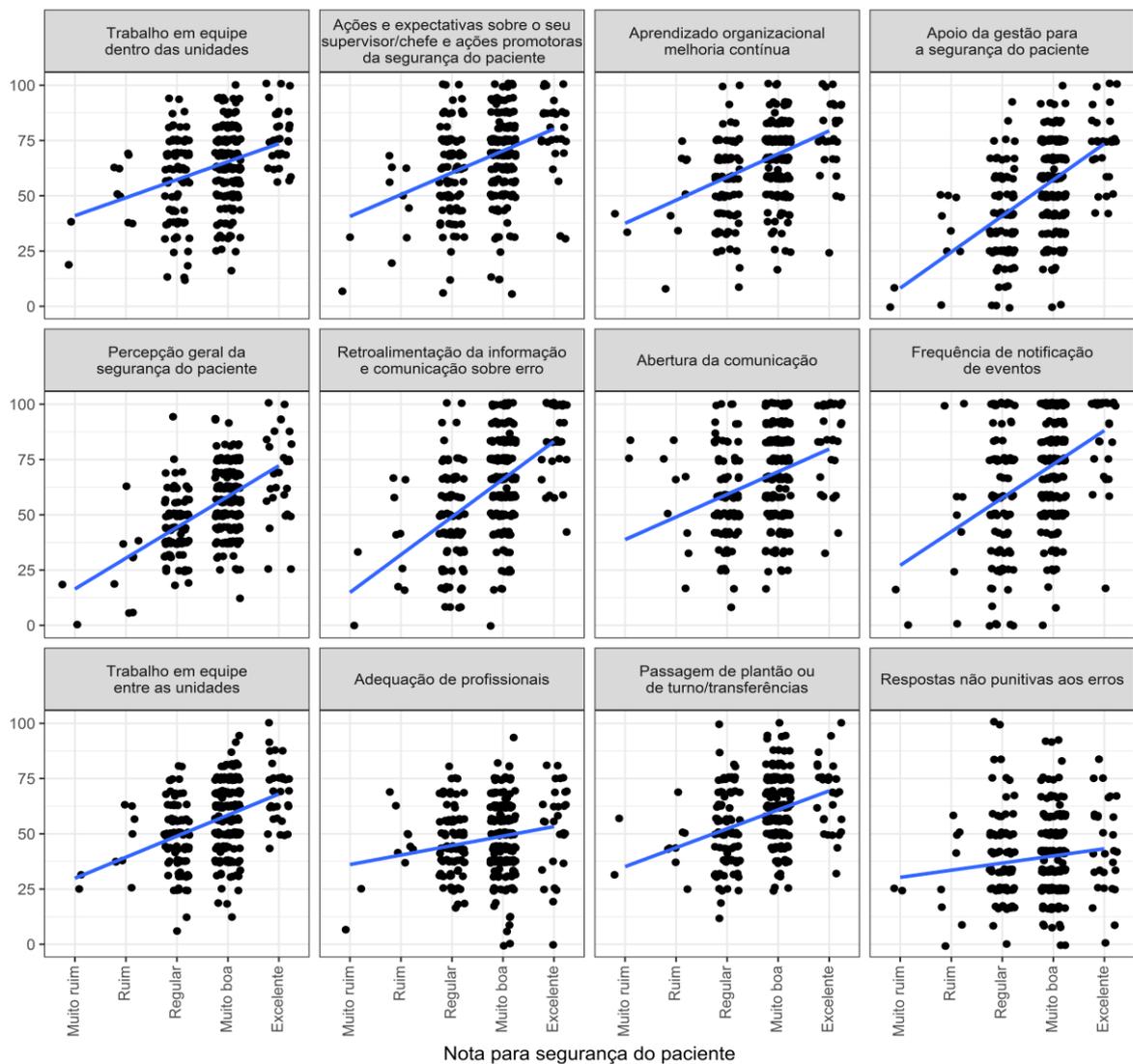
A instituição deve possuir um ambiente de apoio a notificação de ocorrências que proteja a privacidade do notificador, devendo ser recebida por vários tipos de profissionais. Além disso, deve haver uma estrutura adequada para analisar as notificações e desenvolver planos de ação, com *feedback* disseminado em tempo hábil (WACHTER, 2013a).

5.10.3 Nota para segurança do paciente

Foi realizada a avaliação da correlação entre as dimensões e a nota dada pelos participantes para segurança do paciente, por meio do teste de Correlação de Kendall (Figura 10). Nota-se que todas as dimensões, exceto “Adequação de profissionais” e “Respostas não punitivas aos erros”, apresentaram correlação positiva significativa ($p < 0,001$) para nota de segurança do paciente, mostrando que o aumento da nota para segurança do paciente na unidade de trabalho estava relacionado ao aumento dos escores da percepção dos funcionários para essas dimensões.

As dimensões “Adequação de profissionais” e “Respostas não punitivas aos erros” foram as únicas que não apresentaram correlação positiva significativa, porém mostraram uma correlação levemente positiva. É importante lembrar que essas foram as dimensões com menores valores de respostas positivas, o que também pode ser evidenciado na Figura 10.

Figura 10 - Correlação de Kendall para cada dimensão de cultura de segurança entre notas para segurança do paciente. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018



Fonte: Autora.

Destaca-se que, dentre as outras dimensões, três delas obtiveram os maiores coeficientes de correlação ($T > 0,4$), “Apoio da gestão para a segurança do paciente”, “Percepção geral da segurança do paciente” e “Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro”. Assim,

essas dimensões foram mais influenciadas positivamente pela melhor nota para segurança do paciente.

De acordo com Ali et al. (2018), para melhorar a qualidade e a segurança dos serviços de saúde, deve-se melhorar CS do paciente, pois a cultura geral de um hospital pode refletir sobre as ações relacionadas à segurança e sobre os resultados aos pacientes. Os autores afirmaram que se deve investir em áreas que mais afetam a cultura geral daquela instituição, especialmente, no relato de eventos.

Estudos mostraram que a CS variava amplamente entre diferentes prestadores, unidades ou departamentos de um mesmo hospital. Além disso, que os problemas relacionados à segurança do paciente eram enxergados de maneira distinta entre trabalhadores da linha de frente e gestores hospitalares, sendo mais comumente identificados pelos prestadores de cuidado de saúde (SEXTON; THOMAS; HELMREICH, 2000; PROVONOST; SEXTON, 2005; SINGER et al., 2003). Isso pode ter influenciado na percepção acerca da nota para segurança do paciente entre os participantes deste estudo.

5.11 Comentários sobre segurança do paciente no hospital

Ao final do questionário, os participantes poderiam discorrer sobre aspectos relacionados à segurança do paciente dentro do hospital. Dos 368 respondentes, 63 (17,1%) escreveram algum comentário sobre o assunto. Esses achados foram organizados de acordo com as dimensões de CS.

De acordo com as respostas apresentadas no Quadro 3, percebe-se que os participantes do estudo demonstraram preocupação com o tema segurança do paciente, principalmente, relacionado às seguintes dimensões da CS: “Trabalho em equipe dentro das unidades”, “Trabalho em equipe entre as unidades”, “Aprendizado organizacional/melhoria contínua”, “Apoio da gestão para a segurança do paciente”, “Percepção geral da segurança do paciente”, “Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro”, “Abertura da comunicação”, “Frequência de notificação de eventos”, “Adequação de profissionais” e “Respostas não punitivas aos erros”.

Quadro 3 - Comentários relacionados à cultura de segurança do paciente segundo as dimensões. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) realizada em hospital universitário. São Paulo, 2018

DIMENSÕES - Trabalho em equipe dentro das unidades e Trabalho em equipe entre as unidades
<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Em minha avaliação, e no trabalho que realizo vejo cada vez mais a necessidade que haja uma sinergia multiprofissional em detrimento a segurança do paciente.”</i> • <i>“De uma maneira geral, há uma qualidade razoável na segurança; com profissionais principalmente terceirizados que são competentes; equipe de enfermagem segura; tratam muito bem seus pacientes; trabalham em equipe, em conjunto com o serviço social; supervisão muito preocupada com os eventos e intercorrências na segurança quando acionado; então, o que a gente deseja é sempre melhorar buscando qualidade...”</i> • <i>“...pois para se alcançar e ou manter a qualidade é necessário que a equipe como um todo esteja conectada para este fim. E, infelizmente por se tratar de seres humanos imperfeitos, vi e vejo que sempre existem alguns (profissionais) que não estão muito a fim de por em prática aquilo que juraram um dia...”</i> • <i>“Participo do grupo de segurança do paciente, porém os participantes são compostas apenas por enfermeiros, deveriam ser incluídas outras categorias profissionais no grupo. Vejo a preocupação e dedicação do departamento de enfermagem em implantar as medidas para segurança do paciente, porém não percebo esse esforço nas demais categorias.”</i> • <i>“Na enfermagem, temos um grupo que estuda sobre segurança do paciente, e seguindo o protocolo conforme M. Saúde. Acho que a instituição e todos os setores do hospital, deveriam estar envolvidos no grupo...”</i> • <i>“Necessário envolver a todas equipes sobre o assunto ‘segurança do paciente’, e não ser um tema somente da enfermagem.”</i>
DIMENSÃO - Aprendizado organizacional/melhoria contínua
<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...toda quinta-feira as 9hs, temos reuniões de peças anatômicas, proveniente das necropsias executadas nesta unidade, sendo feita reuniões e discutido causa do óbito do paciente, os internos ou residentes assistem, as reuniões ministradas por Drs. professores. Onde é benéfico para tratamento futuro de outros pacientes...”</i> • <i>“O SLC, sempre se preocupa em manter uma boa qualidade de serviço, para obter bons resultados, investindo sempre na melhoria dos analistas com a maior precisão de liberação dos resultados, temos controle de qualidade interno e externo, ISO9000 e como PAC e monitoramento do treinamento dos profissionais. Sempre investindo na qualidade para excelentes resultados.”</i> • <i>“A infecção hospitalar ou cruzada acho que deveria ter medidas mais eficazes. Além da orientação que já ocorre muito. A conscientização dos profissionais é falha infelizmente. Devia ser encorajado aos pacientes e à todos do hospital, a solicitar os profissionais a higienizarem as mãos e usar os EPIS. E acho que deveria ter um resumo de cada paciente que assumirmos. Assim a assistência será melhor prestada evitando eventos adversos.”</i>

(Continua)

(Continuação)

DIMENSÃO - Apoio da gestão para a segurança do paciente
<ul style="list-style-type: none"> • <i>“A segurança do paciente é um dos itens mais importantes no hospital. É o 1º nível de acreditação hospitalar. Infelizmente por omissão de chefias não conseguimos implantar melhorias como parto seguro, checklist de procedimentos (passagem de cateteres, transfusão sanguínea) entre outros...”</i>
DIMENSÃO - Percepção geral da segurança do paciente
<ul style="list-style-type: none"> • <i>“O Hospital precisa de um sistema de prescrição médica, que seja vinculada à liberação de medicamentos e à dieta. Hoje temos simples planilhas de Excel, que a equipe tem que digitar os componentes (risco de erro) bem como os itens da prescrição que são colocados após a prescrição ser impressa, são escritos à mão (alto risco de erro).” – alterado pela autora.</i> • <i>“A segurança é uma cultura que precisa ser implementada e ser cobrada dia a dia, acho que em termos de saúde ainda vamos levar anos para que seja incorporada as ações diárias.”</i> • <i>“Acho que há problemas, principalmente no pronto socorro, devido ao excesso de pacientes. No entanto, acho que estamos melhor que muitos outros hospitais públicos.”</i> • <i>“Acho que as pessoas ou pacientes andam muito livremente, com fácil acesso as escadas para outras unidades e setores do hospital, acho que deveriam ser abordados e questionados por seguranças das áreas.”</i> • <i>“Trabalhar com segurança e proporcionar segurança é acreditar que você é a ferramenta mais importante para a empresa.”</i> • <i>“Não tenho muito conhecimento sobre o tratamento com os pacientes, mas pela minha observação noto que os profissionais deste hospital tem preocupação e cuidados necessários para exercerem seu trabalho (a maioria). Faço pesquisa de satisfação com os pacientes que precisaram de internação e a maioria é favorável ao atendimento que receberam. A única reclamação é que há muita dificuldade para conseguir esta internação, pois esperam muito e às vezes não conseguem. Na minha opinião o tratamento é bom, mas alguns profissionais deixam a desejar, pois nem sempre exercem sua profissão com amor e sim pelo interesse monetário.”</i> • <i>“Nossa unidade tem grande interesse sobre a segurança do paciente e sempre que houver procedimentos que melhore nossa qualidade do trabalho é seguido.”</i> • <i>“A nossa unidade possui vários instrumentos para que a segurança do paciente seja efetiva.”</i> • <i>“É necessário que sejam criadas normas sobre o cuidado do paciente para todo hospital trabalhar em conjunto, numa mesma linguagem.”</i> • <i>“...pensando em segurança, não podemos esquecer da segurança dos colaboradores, pois uma vez que estes ao realizarem suas atividades com foco em segurança, o resultado será sempre o melhor de todos.”</i> • <i>“É imprescindível que a cultura de segurança seja favorecida e que as pessoas peguem a responsabilidade em todas as etapas do processo. Que seja evidenciado a importância de ações como dupla checagem, comunicação efetiva.”</i>

(Continua)

(Continuação)

DIMENSÃO - Adequação de profissionais
<ul style="list-style-type: none"> • <i>“A segurança dos pacientes está diretamente ligada ao nº de médicos e enfermagem para passar o atendimento adequado.”</i> • <i>“Piorou o controle de riscos pela sobrecarga dos funcionários e perda de motivação pela situação atual do hospital.”</i> • <i>“Sempre houve no hospital uma atenção conjunta entre as equipes multi p/ segurança do paciente sob nossos cuidados, no entanto com a diminuição dos funcionários existe uma chance de prejuízo neste item (segurança) de atendimento.”</i> • <i>“...acredito que a redução no número de profissionais, a precarização do serviço e a sobrecarga da equipe representem os principais riscos a segurança do paciente.”</i> • <i>“Poucos médicos, poucos funcionários, falta de remédios, e muito estresses etc...”</i> • <i>“O nosso hospital preserva bem a segurança do paciente, apesar da crise que ele se encontra temos profissionais à altura de qualquer área comprometida com o bom funcionamento do mesmo, apesar do desmonte em que ele se encontra, com a falta de alguns profissionais.”</i> • <i>“...a dinâmica da unidade, área física, equipamentos quebrados ou que necessitam de manutenção..., pacientes externos (procedentes de outros hospitais) com equipe de remoção despreparada podem repercutir na adequada assistência prestada ao paciente e principalmente o quadro deficitário de funcionários multiprofissionais.”</i> • <i>“Com a contratação de mais funcionários. Acredito que diminuem os erros devido trabalhar em menos carga.”</i>
DIMENSÃO - Frequência de notificação de eventos
<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Não existe um formulário para reportar eventos. Eu comunico à CAOI quando pertinente, mas não faço de fato um ‘relatório’, pelo fato de não haver padronização.”</i> • <i>“Temos como melhorar fluxo tanto na notificação dos eventos como no planejamento preventivo.”</i> • <i>“Trabalho aqui a 4 anos e nunca vi nenhum impresso ou canal para relatar algum erro ou algo semelhante. Tenho 14 trabalhando em hospitais particulares com diversos tipos de acreditação. Daria para melhorar bastante a segurança do setor, principalmente se diminuísse a carga de trabalho.”</i> • <i>“Apesar de todos os recursos disponíveis os profissionais relatam pouco os eventos adversos, muitos reclamam pela falta de tempo e outros pelo medo de serem punidos e outros por não acharem que faz diferença notificar.”</i>

(Continua)

(Conclusão)

DIMENSÃO - Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Os eventos de segurança ao paciente são geralmente discutidos entre as áreas onde frequentemente são encontradas resistências que impedem a implementação de medidas apropriadas, principalmente por não haver intermediação da administração.”</i> • <i>“Acredito que a comunicação da ocorrência de eventos adversos ainda é muito falha entre as equipes multidisciplinares e que a falta de agilidade na divulgação de conceitos de segurança ao paciente. Inclusive por parte das vigilâncias sanitárias e ministério da saúde.”</i>
DIMENSÃO - Abertura da comunicação
<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...meu ambiente de trabalho é ambulatorial e sou a única na equipe, sendo que os problemas de segurança que podem ocorrer estão mais relacionados à falhas de comunicação com residentes, procedimentos desnecessários ou errados dos mesmos ou até meus, mas que, na minha unidade e com meu trabalho, não causam danos aos pacientes.”</i> • <i>“Apesar de trabalhar na área administrativa, percebo pouca comunicação entre as áreas. Tanto administrativas, quanto às áreas médicas. E muitas áreas e funções são individualizadas. Falta também maior integração quando um funcionário vem trabalhar no hospital. Muitas vezes, o funcionário desconhece setores que existe dentro do hospital e a sua função. Os setores não tem noção de como um ‘papel’, ou prontuário é importante no funcionamento do hospital. Valorizar não só o paciente, mas as pessoas que cuidam dele.”</i>
DIMENSÃO - Respostas não punitivas aos erros
<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ao apontar o erro provavelmente o foco será punir o denunciante.”</i> • <i>“Muitas vezes os erros não são notificados e isso ocasiona mais erros. O foco as vezes fica no profissional e não se repensa o processo de trabalho.”</i> • <i>“Acredito que atualmente ‘o olhar’ para o erro cometido não seja mais visto de forma individual mas, avaliada a maneira como foi cometida e se necessárias mudanças sendo efetuadas. Porém quando um indivíduo comete um erro, interiormente ele se sente muito culpado e com imenso pesar de ter falhado na assistência pois, como somos pessoas cuidando de outras pessoas; existe a visão de que nunca falharemos, seremos infalíveis sempre e as falhas são inadmissíveis. ...no entanto, somos seres humanos e passíveis de erros mas, se há possibilidade de meios/estratégias para evitar os erros e as várias etapas que antecedem; devemos enxergar com positividade e colaborar sempre.”</i> • <i>“Acredito que temos uma cultura focada na segurança do paciente, mas, os profissionais ainda têm muito receio de notificar eventos adversos por medo da exposição/punição. Acredito que tenhamos que mudar esta cultura, do contrário, nossos danos continuarão sendo subnotificados.”</i>

Em relação ao trabalho em equipe nas unidades ou nas áreas da instituição, os respondentes relataram a necessidade de haver engajamento de todas as categorias profissionais, não somente da equipe de enfermagem, com ações para melhorar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado ao paciente. Segundo Thomas e Galla (2013), o comprometimento no trabalho em equipe é influenciado pelo envolvimento de trabalhadores com interdisciplinaridade, para realização de treinamentos em equipes multiprofissionais.

Quanto à percepção geral sobre segurança do paciente, alguns comentários apresentaram uma visão positiva acerca do tema, mostrando que os profissionais possuíam grande interesse em garantir a segurança do paciente. Além disso, foram propostas sugestões para que esse objetivo fosse, diariamente, atingido no hospital, como, por exemplo: implementar um sistema de prescrição médica automatizado, incorporar o cuidado do paciente em uma mesma linguagem por todo hospital e evidenciar a importância de ações que podem prevenir EA.

Vale destacar que alguns sujeitos da pesquisa relataram não terem conhecimento da existência de um formulário ou relatório padronizado para reportar os eventos na instituição, justificando a ausência de notificações de EA. Entretanto, outros fatores foram citados como barreiras para notificar esses eventos, como a falta de tempo, o medo de punição e o excesso de carga de trabalho. Os participantes também sugeriram que melhorias fossem realizadas no processo de notificação e prevenção de incidentes. Percebe-se a necessidade de ampla divulgação das ações de segurança do paciente dentro da instituição, o que pode incentivar o relato de eventos e aumentar a credibilidade dessas ações.

A adequação de pessoal e a cultura punitiva afetam diretamente a frequência de notificação de eventos, bem como, a CS do paciente. Neste estudo, a maioria das colocações estava relacionada aos aspectos citados, evidenciando a preocupação dos funcionários sobre a sobrecarga de trabalho, devido à falta de contingente profissional e à crise existente na instituição. O que pode aumentar o risco ao paciente, por interferir na possibilidade de ocorrência de erros pelos trabalhadores (FREITAS, 2017). Ademais, esse resultado corrobora com a análise das porcentagens de respostas positivas realizada nesta pesquisa, por se tratar das duas dimensões, “Adequação de profissionais” e “Respostas não punitivas aos erros”, consideradas mais frágeis para CS.

Além disso, os respondentes acreditavam que o foco em relação aos incidentes ainda estava sobre os envolvidos, causando medo de punição e subnotificação de eventos. Segundo Corbellini et al. (2011), a cultura punitiva deve ser substituída pela avaliação sistêmica, necessitando que os incidentes sejam relatados e discutidos para que, assim, sejam solucionados de maneira educativa, não punitiva e preventiva.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a CS do paciente em um hospital universitário, bem como identificar os principais fatores influenciadores, relacionados às dimensões do HSOPSC, na segurança do paciente. O que permitiu concluir que os participantes não possuem compreensão acerca da realidade da segurança do paciente na instituição pesquisada, visto que, a nota para segurança do paciente na área ou unidade de trabalho apresentou resultado favorável, enquanto a avaliação geral da CS na organização foi considerada mediana, de acordo com a média das porcentagens de respostas positivas.

Por meio da análise das dimensões de CS, conclui-se que há pontos positivos na CS, e também algumas fragilidades, evidenciando a necessidade dos funcionários obterem o conhecimento adequado sobre a segurança do paciente no hospital, com o objetivo de identificar os problemas presentes no sistema e buscar melhorias para a qualidade do cuidado ao paciente.

Quanto aos aspectos positivos, destaca-se o posicionamento dos supervisores e as ações das chefias diretas para promoção da segurança do paciente, por se tratar da dimensão com o maior percentual de respostas positivas. O que mostrou a existência de uma boa comunicação sobre as questões de segurança entre os diferentes níveis hierárquicos da organização, evidenciando a influência positiva dos líderes para a construção da CS. Entretanto, nenhuma dimensão foi considerada uma “área forte” para segurança do paciente, o que mostra a necessidade de melhoria da CS em todas as áreas da instituição.

A maior fragilidade observada foi relacionada à presença de cultura punitiva na instituição, apresentando a menor porcentagem de respostas positivas nesta dimensão. Os participantes acreditam que seus erros ou falhas podem ser usados contra eles, relatando que o foco de um incidente fica sobre os envolvidos, ao invés de ser sobre o evento, e mostrando preocupação desses incidentes serem registrados nas suas fichas pessoais. Esses achados corroboram com os comentários, em relação à cultura de culpabilização, realizados ao final do questionário, o que evidencia a existência do medo da punição por parte dos profissionais e a necessidade de investimento em uma cultura justa para mudar essa realidade. Além disso, dentre as colocações escritas pelos respondentes, a maioria delas estava relacionada à escassez de pessoal, demonstrando a preocupação dos profissionais sobre a sobrecarga de trabalho e a crise existente na instituição.

Observa-se que existe uma variação entre a percepção de algumas dimensões da CS com relação ao nível de escolaridade dos profissionais e aos departamentos do hospital. Quanto ao nível de instrução, os que possuíam nível superior apresentaram a menor frequência de notificação de eventos. Além disso, houve correlação negativa entre esses fatores, mostrando que, quanto maior a escolaridade do respondente, menor a frequência de eventos notificados. Isso evidencia a necessidade de melhoria na divulgação e na credibilidade do sistema de notificação de EA, principalmente, entre os profissionais com maiores níveis de escolaridade.

Ainda sobre as notificações de incidentes, a maioria dos funcionários afirmou não ter preenchido relatórios de notificação de eventos nos últimos 12 meses, o que pode ter relação, também, com a cultura de culpabilização enraizada na equipe profissional. O medo de punição pode levar à subnotificação e, possivelmente, à ocultação de erros, desencorajando os profissionais a notificar os eventos.

No que tange aos departamentos hospitalares, o departamento médico apresentou a menor frequência de notificação de incidentes, enquanto, o departamento de nutrição obteve o pior resultado para cultura punitiva dentro do hospital. Com isso, sugere-se que o sistema de notificação seja amplamente divulgado e que a retroalimentação das soluções dos EA seja dada de maneira rápida e adequada para o notificador. Além da necessidade de investimento na promoção e disseminação de uma CS justa e não punitiva em todas as áreas do hospital, principalmente, entre os profissionais da nutrição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o objetivo deste estudo foi alcançado, o que permitiu conhecer o diagnóstico da CS na instituição, por meio da percepção dos funcionários acerca da segurança do paciente. Este estudo mostrou a importância da CS para o desenvolvimento de sistemas de saúde com adequada prestação de serviços com qualidade no cuidado e segurança do paciente, a fim de sensibilizar e conscientizar os profissionais sobre o tema.

Observa-se vários pontos relevantes da CS, assim como fragilidades, que devem ser conhecidas e analisadas pelos gestores do hospital, com o objetivo de aprimorar os processos de trabalho para melhoria da qualidade. O diagnóstico dessa realidade mostra a necessidade de se investir na mudança da cultura organizacional na instituição estudada, devendo ter início nas ações e estratégias da liderança que priorizem a avaliação sistêmica dos incidentes e promovam a CS.

O desenho deste estudo pode ser aplicado em diversos contextos, que envolvam profissionais de saúde, para verificar questões sobre segurança do paciente. Percebe-se vários aspectos positivos deste trabalho, como a participação de todas as categorias profissionais do hospital com amostra representativa para cada departamento, o que mostra a realidade da CS de maneira fidedigna; bem como, a elevada taxa de adesão à pesquisa. Outro diferencial importante trata-se das análises estatísticas realizadas para as dimensões de CS, comparando os diversos setores e níveis de escolaridade dos funcionários.

Aponta-se uma limitação relacionada ao instrumento HSOPSC, como a ausência de questionamentos acerca de outros vínculos empregatícios dos respondentes, além do serviço exercido no hospital estudado. O que pode influenciar na avaliação da CS, devido à possível carga de trabalho elevada e ao estresse profissional.

Ao concluir este estudo, compreende-se a magnitude dessa temática e a importância da realização de outras pesquisas para conhecer e avaliar a CS do paciente em instituições de saúde. O envolvimento e mobilização de profissionais e gestores de saúde são fundamentais para a construção e consolidação da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AHRQ - AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Culture of Safety**. Rockville, 2013. Disponível em: <<http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5>>. Acesso em: 09 maio 2017.

AHRQ - AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Patient safety culture surveys**. Rockville, 2010. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>>. Acesso em: 09 maio 2017.

ALAHMADI, H.A. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. **Quality & Safety in Health Care**, v.19, n.e17, p.1-7, 2010.

ALI, H. et al. Baseline assessment of patient safety culture in public hospitals in Kuwait. **BMC Health Services Research**, v.18, n.158, p.1-12, 2018.

AL-MANDHARI, A. et al. Patient safety culture assessment in Oman. **Oman Medical Journal**, v.29, n.4, p.264-270, 2014.

AMMOURI, A.A. et al. Patient safety culture among nurses. **Int Nurs Rev**, v.62, n.1, p.102-110, 2015.

ARANAZ-ANDRÉS, J.M. et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. **J Epidemiol Community Health**, v.62, n.12, p.1022-1029, 2008.

BAKER, G.R. et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **CMAJ**, v.170, n.11, p.1678-1686, 2004.

BARATTO, M.A.M. **Culture of patient safety**: perceptions and attitudes of workers in hospital institutions of Santa Maria. Santa Maria, 2015. 188p. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Maria.

BATALHA, E.M.S.S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital universitário**. São Paulo, 2012. 154p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

BELL, S.K. et al. Accountability for medical error: moving beyond blame to advocacy. **Chest**, v.140, n.2, p.519-526, 2011.

BERWICK, D.M. et al. The 100,000 lives campaign: setting a goal and a deadline for improving health care quality. **JAMA**, v.298, n.3, p.324-327, 2006.

BLUMENTHAL, D. Quality of care: what is it? **New England Journal of Medicine**, v.335, n.17, p.891-894, 1996.

BOUAFIA, N. et al. Mesure de la culture sécurité des soins auprès des médecins dans um hôpital tunisien. **Santé Publique**, v.26, n.3, p.345-353, 2014.

BRABCOVÁ, I. et al. Selected aspects of “safety culture” in hospitals of the Czech Republic. **Neuroendocrinol Lett**, v.36, n.2, p.11-16, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n.36, de 25 de julho de 2013a**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 08 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2014. 42p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Lançamento do projeto: “Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/05/Melhorando-a-Seguranca-do-Paciente-em-Larga-Escala-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013b**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRENNAN, T.A. et al. Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. **JAMA**, v.265, n.24, p.3265-3269, 1991.

BRITAIN, G. **Third report: organizing for safety**. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993. 99p.

CÂMARA, J.J.C. **Cultura de segurança do paciente na ótica da enfermagem em uma Unidade de Transplante Renal**. São Luís, 2016. 106p. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Maranhão.

CARRERA, S.A. **Cultura de Segurança do paciente**: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico. Rio de Janeiro, 2013. 141p. Dissertação de Mestrado– Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

CARVALHO, P.A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.6, p.1041-1048, 2015.

CARVALHO, R.E.F.L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil**: Questionário de Atitudes de Segurança. Ribeirão Preto, 2011. 171p. Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

CARVALHO, R.E.F.L. et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, n.e2849, p.1-8, 2017.

CAUDURO, F.L.F. et al. Cultura de Segurança entre Profissionais de Centro Cirúrgico. **Cogitare Enferm**, v.20, n.1, p.129-38, 2015.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **R Bras Enferm**, v.53, n.esp, p.143-147, 2000.

CLANCY, C.M. TeamSTEPPS: optimizing teamwork in the perioperative setting. **AORN J**, v.86, p.18-22, 2007.

CLASSEN, D. et al. Global “trigger tool” shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. **Health Aff**, v.30, n.6, p.581-589, 2011.

COLLA, J.B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, v.14, n.5, p.364-366, 2005.

CORBELLINI, V.L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.2, p.241-247, 2011.

COSTA, D.B. **Cultura de segurança do paciente sob ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares**. Ribeirão Preto, 2014. 97p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v.16, p.297-334, 1951.

DEVELLIS, R.F. **Scale development**: theory and applications. 2.ed. Newbury Park: SAGE Publications, 1991. 216p.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003. 240p.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v.1, 163p.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. **Salud Publica Mex**, v.35, n.1, p.94-97, 1993.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v.200, n.4344, p.856-864, 1978.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Rev Bul**, v.18, n.11, p.356-560, 1992.

EL-JARDALI, F. et al. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. **BMC Health Services Research**, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/45>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

ETCHEGARAY, J.M.; THOMAS, E.T. Comparing two safety culture surveys: safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. **BMJ Qual Saf**, v.21, n.6, p.490-498, 2012.

EVANS, S.M. et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. **Qual Saf Health Care**, v.15, n.1, p.39-41, 2006.

FERNANDES, A.M.M.L.; QUEIRÓS, P.J.P. Cultura de segurança do doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Rev Enf Ref**, v.serIII, n.4, p.37-48, 2011.

FRANKEL, A.; HARADEN, C.; FEDERICO, F.; LENOCI-EDWARDS, J.A **Framework for safe, reliable, and effective care**: white paper. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare, 2017. Disponível em: <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/sites/default/files/paragraph_files/a_framework_for_safe_reliable_and_effective_care.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2018.

FREITAS, E.O. **Carga de trabalho da enfermagem e cultura de segurança em unidade de terapia intensiva**. Santa Maria, 2017. 209p. Tese de Doutorado – Universidade Federal de Santa Maria.

GABA, D.M. et al. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. **Hum Factors**, v.45, n.2, p.173-185, 2003.

GAMA, Z.A.S.; HERNÁNDEZ, P.J.S. **Inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde**. Natal: SEDIS-UFRN, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25138>>. Acesso em: 16 maio 2018.

GAMA, Z.A.S.; OLIVEIRA, A.C.S.; HERNÁNDEZ, P.J.S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.2, p.283-293, 2013.

GAMA, Z.A.S.; SATURNO, P.J. A segurança do paciente inserida na gestão de qualidade dos serviços de saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013. p.29-40. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

GAWANDE, A.A. et al. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. **Surgery**, v.126, n.1, p.66-75, 1999.

GEIL, S. et al. Feasibility trial to assess the patient safety culture in the professional group of dietitians. **Safety in Health**, v.1, suppl.1, p.29-30, 2015.

GOESCHEL, C.A.; WACHTER, R.M.; PRONOVOST, P.J. Responsibility for quality improvement and patient safety: hospital board and medical staff leadership challenges. **Chest**, v.138, n.1, p.171-178, 2010.

GRIMES, D.A.; SCHULZ, K.F. An overview of clinical research: the lay of the land. **Lancet**, v.359, n.9300, p.57-61, 2002.

HAMDAN, M.; SALEEM, A.A. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**, v.25, n.2, p.167-175, 2013.

HANDLER, S.M. et al. Patient safety culture assessment in the nursing home. **Qual Saf Health Care**, v.15, p.400-404, 2006.

HAROLDS, J. Quality and Safety in Health Care, Part I Five Pioneers in Quality. **Clin Nucl Med**, v.40, n.8, p.660-662, 2015.

HAYNES, A.B. et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. **BMJ Qual Saf**, v.20, n.1, p.102-7, 2011.

HERSHEY, K. Culture of Safety. **Nurs Clin North Am**, v.50, n.1, p.139-52, 2015.

HORA, K.P.H.S.; FERREIRA, M.G.L.; SILVA, A.P.F. Elementos desencadeadores do estresse no trabalho do enfermeiro hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde FITS**, v.1, n.3, p.167-180, 2013.

HUGHES, R.G. **Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses**. Rockville: AHRQ Publication, 2008. Disponível em: <<https://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesfdbk/nursesfdbk.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

IAEA - INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY. **The Chernobyl accident: updating of INSAG-1: INSAG-7: a report by the International Nuclear Safety Advisory Group**. Vienna, 1992. Disponível em: <https://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub913e_web.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2018.

Inoue, K.C.; Matsuda, L.M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.3, p.379-384, 2010.

JOSHI M.S., HINES S.C. Getting the board on board: engaging hospital boards in quality and patient safety. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v.32, n.4, p.179-187, 2006.

JURAN, J.M. **Juran on Leadership for Quality: An Executive Handbook**. New York: Free Press, 1989. 388p.

KISIL, M. **Gestão da Mudança Organizacional**. Gestão da mudança organizacional, Série Saúde & Cidadania, v.4. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 72p. Disponível em: <[file:///C:/Users/gessi/Downloads/saude-cidadania-vol-04-gestao-da-mudanca-organizacional-\[443-090212-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/gessi/Downloads/saude-cidadania-vol-04-gestao-da-mudanca-organizacional-[443-090212-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 16 maio 2018.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. Washington (DC): National academy Press, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>>. Acesso em: 11 out. 2016.

LEAPE, L. et al. Transforming healthcare: a safety imperative. **Qual Saf Health Care**, v.18, n.6, p.424-428, 2009.

LEAPE, L.L. et al. Preventing medical injury. **Qual Rev Bull**, v.19, n.5, p.144-149, 1993.

LEAPE, L.L. **Health Grades quality study: patient safety in American hospitals**. 2004. Disponível em: <http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/Patient_Safety_in_American_Hospitals-2004.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2018.

LEAPE, L.L. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results from the Harvard medical Practice Study II. **The New England Journal of Medicine**, v.324, n.6, p.377-384, 1991.

LETAIEF, M. et al. Adverse events in Tunisian hospitals: results of a retrospective cohort study. **Int J Qual Health Care**, v.22, n.5, p.380-385, 2011.

LEVINSON, D.R. Department of Health and Human Services. **Adverse events in hospitals: national incidence among Medicare beneficiaries**. 2010. Disponível em: <<http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2017.

LIU, C. et al. Patient safety culture in China: a case study in an outpatient setting in Beijing. **BMJ Qual Saf**, v.23, n.7, p.556-564, 2016.

LOPES, L.M.M.; SANTOS, S.M.P. Florence Nightingale: Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem moderna. **Rev Enf Ref**, v.ser III, n.2, p.181-189, 2010.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad Pagu**, n.24, p.105-125, 2005.

LUIZ, R.B. et al. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.5, p.880-887, 2015.

MAKARY, M.A.; DANIEL, M. Medical error-the third leading cause of death in the US. **BMJ Qual Saf**, v.356, i.2139, 2016.

MALIK, A.M. Gestão estratégica em processos de mudança. In: GV SAÚDE FGV-EAESP. **Gestão Estratégica em processos de Mudança**. São Paulo: GV Saúde, 2010, n.10, p.6-7. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/debatesgvsauade/issue/download/1415/67>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MALLOULI, M. et al. Assessing patient safety culture in Tunisian operating rooms: A multicenter study. **Int J Qual Health Care**, v.29, n.2, p.176-182, 2017.

MASSOCO, E.C.P. **Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente**. São Paulo, 2012. 152p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MCCANNON, C.J. et al. Saving 100,000 lives in ES hospitals. **BMJ**, v.332, n.7553, p.1328-1330, 2006.

MCCANNON, C.J.; HACKBARTH, A.D.; GRIFFIN, F.A. Miles to go: an introduction to the 5 Million Lives Campaign. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v.33, n.8, p.477-484, 2007.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.4, p.279-284, 2009.

MICHEL, P. et al. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. **BMJ**, v.328, p.199-202, 2004.

MIKUŠOVÁ, V. et al. Patient Safety Assessment in Slovak Hospitals. **International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health**, v.4, n.6, p.1236-1244, 2012.

MOORE, D.S.; MCCABE, G.P. **Introduction to the Practice of Statistics**. 4.ed. New York: W.H. Freeman and Company, 2003. 709p.

MORELLO, R.T. et al. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. **BMJ Qual Saf**, v.22, p.11-8, 2013.

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

NIE, Y. et al. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC Health Services Research**, v.13, n.288, 2013.

NIEVA, V.F.; SORRA, J.S. Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**, v.12, s.2, p.ii17-23, 2003.

NPSA - NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Seven steps to patient safety**: the full reference guide. London: NPSA, 2004. Disponível em: <<http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps>>. Acesso em: 13 maio 2018.

NPSF - NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Free from Harm**: accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human. Boston, 2015. Disponível em: <http://c.ymcdn.com/sites/www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2018.

NUNNALLY, J.C. **Psychometric Theory**, 2.ed. New York: McGraw-Hill, 1978. 640p.

OLIVEIRA, R.M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente. **Esc Anna Nery Revista de Enfermagem**, Fortaleza, v.18, n.1, p.122-129, 2014.

OLSEN, E. **Reliability and validity of the hospital survey on patient safety culture at a Norwegian Hospital**. In: Quality and safety improvement research: methods and research practice from the international quality improvement research network (QIRN). Lisboa: Ed. J.

Øvretveit and P.J. Sousa, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2008. p. 173-186.

OPEN EPI. Disponível em: <<http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

PAESE, F.; SASSO, G.T.M.D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.2, p.302-310, 2013.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1995. 273p.

PRONOVOST, P.J. et al. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. **Jt Comm J Qual Saf**, v.30, n.2, p.59-68, 2004.

PROVONOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **BMJ Qual Saf**, London, v.14, n.4, p.230-233, 2005.

R CORE TEAM.R: A language and environment for statistical computing. **R Foundation for Statistical Computing**, Vienna, 2014. Disponível em: <<http://www.R-project.org/>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

REASON, J. **Human error**. London: Cambridge university Press, 2003, 324p.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v.320, p.768-70, 2000.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. Rio de Janeiro, 2013. 203p. Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

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

REIS, E.J.F.B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, vol.6, n.1, p.50-61, 1990.

RIBEIRO, H.C.T.C. Global Patient Safety Challenges: breve panorama dos avanços e pesquisas no Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, e.7, 2017.

RIOS, G.C.; HAGEMANN, L.B.; PEREIRA, P.A. **Relatório da pesquisa e-survey: o cuidado de enfermagem em emergência e a segurança do paciente**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. 43p. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120909/288722.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 julho de 2018.

ROBIDA, A. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: a psychometric evaluation. **International Journal for Quality in Health Care**, v.25, n.4, p.469-475, 2013.

RODRIGUES, W.V.D. **Avaliação da cultura de segurança do paciente entre profissionais de saúde um hospital público**. São Paulo, 2016. 119p. Dissertação de Mestrado - Instituto Sório Libanês de Ensino e Pesquisa.

ROWIN, E.J. et al. Does Error and Adverse Event Reporting by Physicians and Nurses Differ? **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v.34, n.9, p.537-545, 2008.

RUNCIMAN, W.B.; WEBB, R.K.; HELPS, S.C. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA II: context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. **Int J Qual Health Care**, v.12, n.5, p.379-388, 2000.

SAMMER, C.E.; et al. What is patient safety culture? A review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v.42, n.2, p.156-165, 2010.

SANTIAGO, T.H.R.; TURRINI, R.N.T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.spe, p.123-130, 2015.

SANTOS, J.L.G. et al. Concepções de comunicação na Gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.4, p.959-965, 2011.

SARTOR, G.D.; SILVA, B.F.; MASIERO, A.V. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. **Cogitare Enferm**, v.21 n.esp, p.01-08, 2016.

SCHEIN, E.H. **Cultura Organizacional e Liderança**. 1.ed. São Paulo: Ed. Atlas. 2009. 441p.

SCHIOLER, T. et al. Danish Adverse Event Study, incidence of adverse events in hospitals: A retrospective study of medical records. **Ugeskr Laeger**, v.163, n.39, p.5370-5378, 2002.

SEXTON, J.B. et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res**, v.6, p.44, 2006.

SEXTON, J.B.; THOMAS, E.J.; HELMREICH, R.L. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. **BMJ**, v.320, n.7237, p.745-749, 2000.

- SHIREY, M.R. Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. **Am J Crit Care**, v.15, n.3, p.256-267, 2006.
- SHU, Q. et al. What does a hospital survey on patient safety reveal about patient safety culture of surgical units compared with that of other units? **Medicine**, v.94, n.27, p.1-8, 2015.
- SILVA, P.L. et al. Produção científica no Brasil acerca da cultura de segurança do paciente. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v.54, n.1, p.37-44, 2017.
- SILVA-BATALHA, E.M.S.; MELLEIRO, M.M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.24, n.2, p.432-441, 2015.
- SINGER, S.J. et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. **Qual Saf Health Care**, v.12, n.2, p.112-118, 2003.
- SINGER, S.J.; VOGUS, T.J. Reducing Hospital Errors: Interventions that Build Safety Culture. **Annu Rev Public Health**, v.34, p.373-396, 2013.
- SITKIN, S.B. Learning through Failure: The Strategy of Small Losses. In: STAW, B.M.; CUMMINGS, L.L. **Research in Organizational Behavior**, Greenwich: JAI Press, 1992. v.14, p.231-266. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/job.4030150211>>. Acesso em: 05 abr. 2018.
- ŠKLEBAR, I. et al. How to improve patient safety culture in croatian hospitals? **Acta Clin Croat**, v.55, n.3, p.370-380, 2016.
- SMITS, M. et al. The psychometric properties of the “Hospital Survey on Patient Safety Culture” in Dutch hospitals. **BMC Health Serv Res**, v.8, p.230-238, 2008.
- SOOP, M. et al. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. **Int J Qual Health Care**, v.21, n.4, p.285-291, 2009.
- SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. **Hospital survey on patient safety culture**. Rockville: AHRQ, 2004. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.
- SOUSA, P. et al. **Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade**. Rio de Janeiro: Ed. Escola Nacional de Saúde Pública, 2011. 40p.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014a. 452p.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014b. 208p.

TANAKA, O.Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.927-34, 2011.

THE JOINT COMMISSION. **Sentinel event alert**, 48.ed., p.1-4, 2011. Disponível em:<https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_48_HCW_Fatigue_FINAL_w_2018_addendum.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.

THOMAS, E.J. et al. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes. A randomized trial of clinical units. **BMC Health Serv Res**, v.4, n.28, p.1-9, 2005.

THOMAS, L.; GALLA, C. Building a culture of safety through team training and engagement. **BMJ Qual Saf**, v.22, n.5, p.425-434, 2013.

TOURANI, S. et al. Analyzing and Prioritizing the Dimensions of Patient Safety Culture in Emergency Wards Using the TOPSIS Technique. **Global Journal of Health Science**, v.7, n.4, p.143-150. 2015.

TSAI, T.C. et al. Variation in surgical-readmission rates and quality of hospital care. **N Engl J Med**, v.369, n.12, p.1134-1142, 2013.

ULLSTRÖM, S. et al. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. **BMJ Qual Saf**, v.23, n.4, 325-331, 2014.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.924-934, 2012.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente**: Orientações para evitar eventos adversos. Videira: Yendis Editora, 2009. 336p.

VINCENT, C.; NEALE, G.; WOLOSHYNOWYCH, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **BMJ**, v.233, p.517-519, 2001.

VOGUS, T.J. et al. Safety Organizing, Emotional Exhaustion, and Turnover in Hospital Nursing Units. **Med Care**, v.52, n.10, p.870-876, 2014.

VRIES, E.M. et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Qual Saf Health Care**, v.17, n.3, p.216-223, 2008.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013a. 478p.

WACHTER, R.M. Personal accountability in healthcare: searching for the right balance. **BMJ Qual Saf**, v.22, n.2, p.176-180, 2013b.

WACHTER, R.M.; PRONVOST, P.J. Balancing “no blame” with accountability in patient safety. **N Engl J Med**, v.361, n.14, p.1401-1406, 2009.

WAGNER, C. et al. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. **Int J Qual Health Care**, v.25, n.3, p.213-221, 2013.

WEAVER, S.J. et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. **Ann Intern Med**, v.158, n.5 pt.2, p.396-375, 2013.

WEINGART, S. et. al. Epidemiology of medical error. **BMJ**, v.320, p.774-777, 2000.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication without harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety solutions preamble** – May 2007. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety: a global priority**. Geneva: Bull World Health Organ, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/editorial11204html/en/>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. **The conceptual framework for the international classification for patient safety: Final Technical Report**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 09 maio 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>. Acesso em: 09 maio 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em:

<http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf>.
Acesso em: 09 maio 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives**. Genebra: WHO, 2008. Disponível em:
<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf>. Acesso em: 09 maio 2017.

WILSON, R.M. et al. The Quality in Australian Health Care Study. **Med J Aust**, North Sydney, v.163, n.9, p.458-471, 1995.

WU, A.W. Medical error: the second victim. **BMJ**, v.320, n.7237, p.726-727.

ZAMBON, L.S. **Segurança do paciente em terapia intensiva**: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência. São Paulo, 2014. 246p. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

ZEGERS, M. et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. **Qual. Saf Health Care**, v.18, n.4, p.297-302, 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

1. Informações do Participante da Pesquisa

Nome:		
Documento de Identidade (tipo):	Nº.:	Sexo: () M () F
Local de Nascimento:	Data de Nascimento: / /	
Endereço:		Nº.:
Complementos:	Bairro:	
Cidade:	Estado:	
CEP:	Telefones:	

2. Título do Projeto de Pesquisa

A CULTURA DE SEGURANÇA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MÉDIA COMPLEXIDADE DA CIDADE DE SÃO PAULO

3. Duração da Pesquisa

24 MESES

4. Nome do Pesquisador Responsável

ELIANE RIBEIRO	
Cargo/ Função: FARMACÊUTICA	Nº de registro do Conselho Regional: 11687

5. Instituição/Instituições

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO / FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Responsável pela pesquisa:	Colaborador da pesquisa:
Nome: Eliane Ribeiro	Nome: Géssica Caroline Henrique Fontes Mota
Instituição: Universidade de São Paulo	Instituição: Universidade de São Paulo
Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565, Butantã. CEP: 05508-000. São Paulo – SP.	Endereço: Rua das Palmeiras, 283, ap. 148, Vila Buarque. CEP: 01226-010. São Paulo – SP.
Telefones p/contato: (11) 30919246	Telefone p/contato: (11) 999666971

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A CULTURA DE SEGURANÇA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MÉDIA COMPLEXIDADE DA CIDADE DE SÃO PAULO”, coordenada pela Profa. Dra. Eliane Ribeiro do Departamento de Farmácia da Universidade de São Paulo. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável



Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O objetivo deste estudo é avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino de média complexidade na capital de São Paulo e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, com objetivo de mensurar diversos aspectos da cultura de segurança do paciente. O questionário está dividido em três partes, com escalas de vários itens que abordam 12 aspectos relacionados a cada unidade do hospital, a organização hospitalar e as variáveis de resultado.

Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, porque você não será identificado e não haverá aplicação de nenhum tipo de intervenção. Quanto ao benefício, serão conhecidos os pontos fortes e fracos da instituição, bem como o resultado das ações implantadas até o momento. Isto possibilitará propor novas estratégias de fortalecimento dessa cultura e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do cuidado de saúde prestado aos pacientes assistidos neste hospital e as suas condições de trabalho.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você receberá uma cópia deste termo, na qual consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa de sua participação, agora ou a qualquer momento.

Consentimento Pós-Esclarecido

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Para qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos relativos a este protocolo de pesquisa, favor entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo**: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13 A, Butantã, São Paulo - SP, CEP: 05508-000. Telefones: 3091-3622 e 3091-3677 - E-mail: cepfcf@usp.br, ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo**: Av. Prof. Lineu Pestes, 2565, Cidade Universitária, CEP: 05508-000 - São Paulo - SP. Telefone: (11) 3091-9457 - E-mail: cep@hu.usp.br.

ANEXOS

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

Instruções

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

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

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

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

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

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

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

SECÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

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

SECÃO C: Comunicação

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

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

SECÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SECÃO E: Nota da segurança do paciente

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

<input type="checkbox"/>				
A	B	C	D	E
Excelente	Muito boa	Regular	Ruim	Muito Ruim

SECÃO F: O seu hospital

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

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

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

SECÃO G: Número de eventos notificados

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

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

SECÃO H: Informações gerais

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

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

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

8. Qual a sua idade? _____ anos

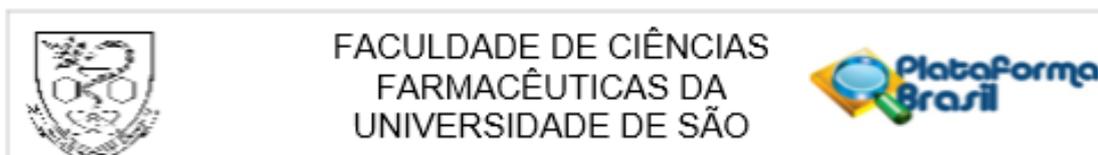
9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP da FCF-USP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A cultura de segurança em hospital universitário de média complexidade da cidade de São Paulo

Pesquisador: Eliane Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59058616.0.0000.0067

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.818.214

Apresentação do Projeto:

A cultura de segurança conceitua-se como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso da administração de uma organização segura. A cultura de segurança é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua, aprendizado contínuo a partir das notificações de eventos e primazia da segurança

como uma prioridade em todos os níveis da organização. Por meio da avaliação da cultura de segurança tem-se acesso às informações dos profissionais a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo o planejamento de ações que busquem mudanças na intenção de reduzir a incidência de eventos adversos e garantir a prestação de cuidados de saúde seguros. O objetivo deste trabalho

é avaliar a cultura de segurança do paciente no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Para a avaliação da cultura de segurança do paciente será utilizado o instrumento HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture), em sua versão validada aplicável a hospitais. Os participantes do estudo serão os funcionários do HU-USP, com a aplicação do questionário a todos os profissionais elegíveis que estiverem presentes ou escalados para o trabalho no hospital durante o período de coleta de dados. Será realizada a análise estatística dos dados empregando-

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13A, sala 112
Bairro: Butantã **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-3622 **Fax:** (11)3031-8986 **E-mail:** cepfcf@usp.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS
FARMACÊUTICAS DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 1.818.214

se os testes de qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fischer. Os resultados deste trabalho serão divulgados por meio de painéis e artigos em congressos e revistas científicas das áreas indexadas, respectivamente.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino de média complexidade na capital de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos serão mínimos para a Instituição, já que o estudo consiste de aplicação de questionário para avaliar a situação de cultura de segurança do Hospital. Também, os riscos relacionados com o participante da pesquisa serão mínimos, porque o mesmo não será identificado e não haverá aplicação de nenhum tipo de intervenção.

Benefícios:

Atualmente, há poucos estudos sobre o assunto desenvolvido em hospitais brasileiros. Desta forma, pretende-se avaliar a cultura de segurança do paciente no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, o que permitirá conhecer os pontos fortes e fracos da instituição e a efetividade das ações implantadas até o momento, bem como propor novas estratégias de fortalecimento dessa cultura e, conseqüentemente, possibilitar a melhoria da qualidade do cuidado de saúde prestado aos pacientes assistidos no referido Hospital.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é bastante pertinente para a situação atual dos hospitais e vem auxiliar tanto a terapêutica como a aprendizagem dos alunos envolvidos no que tange a relação com o paciente e com a equipe multidisciplinar. Está bem escrito e coerente com as propostas, o objetivo é claro e a metodologia adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de anuência e participação das equipes estão presentes, o TCLE está dentro das normas aplicadas.

Recomendações:

Este projeto já foi avaliado e as pequenas pendências indicadas anteriormente foi corrigidas pela equipe. Recomenda-se aprovação.

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13A, sala 112
Bairro: Butantã CEP: 05.508-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-3822 Fax: (11)3031-8986 E-mail: cepf@usp.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS
FARMACÊUTICAS DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 1.818.214

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

projeto adequado as normas vigentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_768021.pdf	08/11/2016 13:30:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gessica_alterado.doc	08/11/2016 13:29:46	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES MOTA	Aceito
Outros	CadastroHU.pdf	16/09/2016 09:24:28	JORGE ALVES DE LIMA	Aceito
Outros	AnuenciaCP.pdf	16/09/2016 09:23:34	JORGE ALVES DE LIMA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	16/09/2016 09:23:18	JORGE ALVES DE LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	anuencia.pdf	16/09/2016 09:22:54	JORGE ALVES DE LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	16/09/2016 09:22:35	JORGE ALVES DE LIMA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	16/09/2016 09:22:17	JORGE ALVES DE LIMA	Aceito
Orçamento	Orcamento_Financeiro_gessica.doc	19/08/2016 19:01:30	GESSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	termo_cnpq.pdf	19/08/2016 19:00:05	GESSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gessica.doc	19/08/2016 18:58:36	GESSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES MOTA	Aceito
Outros	Questionario_HSOPSC.docx	19/08/2016 18:58:23	GESSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Mestrado_final.doc	19/08/2016 18:57:24	GESSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13A, sala 112
Bairro: Butantã CEP: 05.508-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-3622 Fax: (11)3031-8986 E-mail: cepfoc@usp.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS
FARMACÊUTICAS DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 1.818.214

Declaração de Pesquisadores	participacao_gessica.pdf	19/08/2016 18:57:07	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	19/08/2016 18:56:27	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Outros	Equipe_de_Trabalho_gessica.docx	19/08/2016 18:55:49	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	19/08/2016 18:54:51	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Outros	compromisso_e_beneficios.pdf	19/08/2016 18:54:14	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Outros	cadastrover2016gessica.doc	19/08/2016 18:53:18	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Outros	anuencias_deptos.pdf	19/08/2016 18:50:56	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

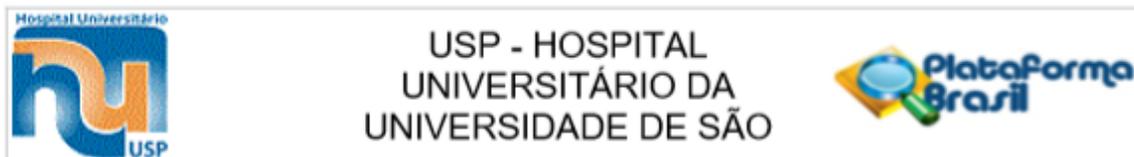
SAO PAULO, 10 de Novembro de 2016

Assinado por:

Cristina Northfleet de Albuquerque
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13A, sala 112
Bairro: Butantã CEP: 05.508-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-3622 Fax: (11)3031-8986 E-mail: cepf@usp.br

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP do Hospital



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A cultura de segurança em hospital universitário de média complexidade da cidade de São Paulo

Pesquisador: Eliane Ribeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59056616.0.3001.0076

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

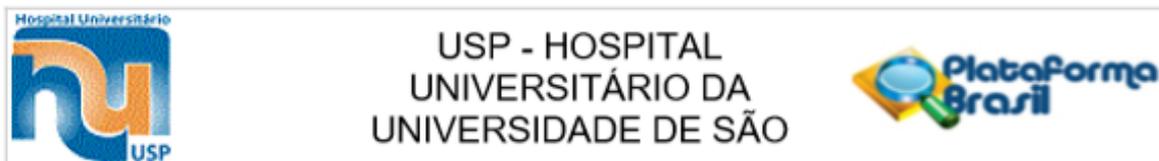
Número do Parecer: 1.824.620

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, descritivo e transversal (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). O mesmo será realizado no Hospital Universitário – Universidade de São Paulo (HU-USP). Trata-se de um hospital de ensino de média complexidade, com capacidade instalada de 236 leitos, sendo 178 leitos operacionais, que atende a comunidade USP e do Butantã. O HU USP compõe o Programa de Hospitais Sentinelas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os participantes do estudo serão os funcionários do HU-USP, tanto os profissionais ligados diretamente a área assistencial, com contato direto com os pacientes, como os que não têm contato direto, porém desempenham funções administrativas relacionadas ao cuidado do paciente internado (líderes, gerentes, superiores e administradores). O número total desses funcionários é de 1.513, sendo 569 profissionais com nível superior, 621 com nível técnico e 323 de nível básico, de acordo

com dados atualizados em dezembro de 2015 pelo HU-USP. Será utilizada uma amostra por conveniência, constituída pelos profissionais elegíveis que estiverem presentes ou escalados para o trabalho no hospital durante o período de coleta de dados. O questionário será entregue aos funcionários do HU-USP, considerando que, em estudos anteriores, em média 40% dos questionários entregues não eram devolvidos ou não podiam ser validados para pesquisa

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 **Fax:** (11)3091-9452 **E-mail:** cep@hu.usp.br



Continuação do Parecer: 1.824.620

(SANTIAGO; TURRINI, 2015; REIS, 2013; GAMA; OLIVEIRA; HENANDEZ, 2013; EL-JARDALI et al., 2011). Para o cálculo da amostra utilizou-se o programa OpenEpi, versão 3.03^a, disponível em: <<http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>>, considerando o intervalo de confiança de 95%. Com base na população de 1513 funcionários, a amostra encontrada foi de 307 sujeitos de pesquisa. A esse valor, foi adicionado 123 devido os relatos de perda de 40% descritos em literatura. Desta forma, a amostra final será de 430 sujeitos de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino de média complexidade na capital de São Paulo. Serão seguidos os critérios de inclusão sugeridos pelos elaboradores do instrumento de coleta utilizado (SORRA; NIEVA, 2004), como descrito

abaixo: - • O profissional deverá ter uma carga horária semanal de pelo menos 20 horas no hospital; - • O profissional deverá estar presente em um dos turnos de trabalho no período de realização da coleta de dados na organização. Estudantes de graduação, pós-graduação e residentes serão excluídos do estudo por ainda estarem em processo de formação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: - Os riscos serão mínimos para a Instituição, já que o estudo consiste de aplicação de questionário para avaliar a situação de cultura de segurança do HU USP.

Também, os riscos relacionados com o participante da pesquisa serão mínimos, porque o mesmo não será identificado e não haverá aplicação de nenhum tipo de intervenção.

Benefícios: - Atualmente, há poucos estudos sobre o assunto desenvolvido em hospitais brasileiros. Desta forma, pretende-se avaliar a cultura de segurança do paciente no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, o que permitirá conhecer os pontos fortes e fracos da instituição e a efetividade das ações implantadas até o momento, bem como propor novas estratégias de fortalecimento dessa cultura e, conseqüentemente, possibilitar a melhoria da qualidade do cuidado de saúde prestado aos pacientes assistidos no HU USP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os dados serão coletados por meio da aplicação do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), em ANEXO, aos funcionários. Esse instrumento foi desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) numa versão aplicável aos hospitais

(AHRQ, 2010) e, posteriormente, traduzido para português e validado para realidade dos hospitais brasileiros (REIS et al., 2012; REIS, 2013). A coleta de dados será realizada em um período de seis meses, de acordo com cronograma, em todos os setores do hospital.

Endereço: Av. Profª Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 Fax: (11)3091-9452 E-mail: cep@hu.usp.br



USP - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 1.824.620

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em conformidade com as orientações de Brasília.

Recomendações:

Não existem recomendações para o projeto em tela.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi apresentado e aprovado na reunião de hoje. Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios parciais e final, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inciso XI.2, letra "d".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_768021.pdf	08/11/2016 13:30:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gessica_alterado.doc	08/11/2016 13:29:46	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES MOTA	Aceito
Outros	CadastroHU.pdf	16/09/2016 09:24:28	JORGE ALVES DE LIMA	Aceito
Outros	AnuenciaCP.pdf	16/09/2016 09:23:34	JORGE ALVES DE LIMA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	16/09/2016 09:23:18	JORGE ALVES DE LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	anuencia.pdf	16/09/2016 09:22:54	JORGE ALVES DE LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	16/09/2016 09:22:35	JORGE ALVES DE LIMA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	16/09/2016 09:22:17	JORGE ALVES DE LIMA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_768021.pdf	19/08/2016 19:13:17		Aceito
Orçamento	Orcamento_Financeiro_gessica.doc	19/08/2016 19:01:30	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	termo_cnpq.pdf	19/08/2016 19:00:05	GÉSSICA CAROLINE	Aceito

Endereço: Av. Profª Lineu Prestes, 2565

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-9457

Fax: (11)3091-9452

E-mail: cep@hu.usp.br



USP - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 1.824.620

Recurso Anexado pelo Pesquisador	termo_cnpq.pdf	19/08/2016 19:00:05	MOTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gessica.doc	19/08/2016 18:58:36	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES MOTA	Aceito
Outros	Questionario_HSOPSC.docx	19/08/2016 18:58:23	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Mestrado_final.doc	19/08/2016 18:57:24	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	participacao_gessica.pdf	19/08/2016 18:57:07	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	19/08/2016 18:56:27	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Outros	Equipe_de_Trabalho_gessica.docx	19/08/2016 18:55:49	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	19/08/2016 18:54:51	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Outros	compromisso_e_beneficios.pdf	19/08/2016 18:54:14	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Outros	cadastrover2016gessica.doc	19/08/2016 18:53:18	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito
Outros	anuencias_deptos.pdf	19/08/2016 18:50:56	GÉSSICA CAROLINE HENRIQUE FONTES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Novembro de 2016

Assinado por:
Mauricio Seckler
(Coordenador)

Endereço: Av. Profª Lineu Prestes, 2565

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-9457

Fax: (11)3091-9452

E-mail: cep@hu.usp.br