

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CASSIANA GIL PRATES**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A  
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Porto Alegre**

**2018**

**CASSIANA GIL PRATES**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A  
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Gestão em saúde e enfermagem e organização do trabalho.

**Eixo Temático:** Gestão/Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura.

**Porto Alegre**

**2018**

### CIP - Catalogação na Publicação

Prates, Cassiana Gil

Cultura de segurança do paciente: elementos que influenciam a percepção dos profissionais de saúde / Cassiana Gil Prates. -- 2018.

176 f.

Orientador: Gisela Maria Schebella Souto de Moura.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Segurança do Paciente. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Cultura. 4. Hospitais. I. Moura, Gisela Maria Schebella Souto de, orient. II. Título.

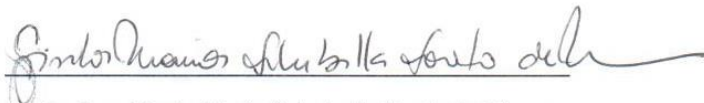
**CASSIANA GIL PRATES**

**Cultura de segurança do paciente: elementos que influenciam a percepção dos profissionais de saúde**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 03 de outubro de 2018.

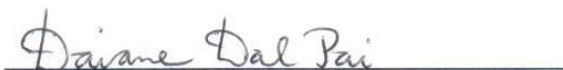
**BANCA EXAMINADORA**



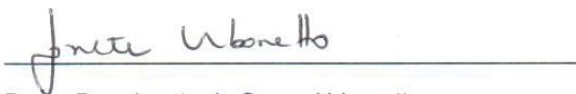
Profa. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura  
Presidente da Banca/Orientadora – PPGENF/UFRGS



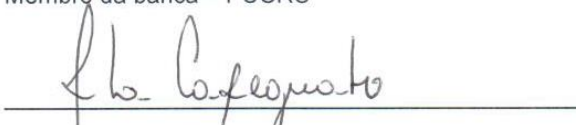
Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães  
Membro da banca – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Daiane Dal Pai  
Membro da banca – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Janete de Souza Urbanetto  
Membro da banca – PUCRS



Profa. Dra. Rita Catalina Aquino Caregnato  
Membro da banca – UFCSPA

Para minhas sempre crianças:

*Luise, Nathália, Lorenzo,*

*Murilo e Matias*

“Todas as pessoas grandes foram um dia crianças – mas poucas se lembram disso.”

Antoine de Saint-Exupéry

## AGRADECIMENTOS

*“Sua tarefa é descobrir o seu trabalho e, então,  
com todo o coração, dedicar-se a ele.”*

Buda

Cumpri mais esta etapa da minha vida profissional com toda dedicação e entusiasmo, botando meu coração (e espero não ter perdido a razão) em cada folha desta tese, na esperança de contaminar quem a ler, com a vontade e determinação de transformar o sistema de saúde. Que jamais deixemos de praticar a ética nas relações humanas, o respeito e a empatia para com o próximo e a resiliência nas situações adversas.

A tarefa foi árdua e jamais teria condições de êxito se não fosse o apoio de pessoas especiais que agora venho agradecer:

Aos meus pais, **Sérgio e Elaine Prates**, por terem me transmitido os essenciais valores da vida – amor, família e educação;

As minhas irmãs, **Renata, Juliana e Samantha**, por serem pessoas tão especiais e necessárias na minha vida – que nunca nos falte os divertidos momentos de convivência familiar;

A minha orientadora, **Prof<sup>a</sup> Gisela Maria Schebella Souto de Moura**, pelo incentivo, dedicação e competência em me conduzir neste processo de construção e amadurecimento profissional;

A minha banca examinadora, **Prof<sup>as</sup> Ana Magalhães, Daiane Dal Pai, Janete Urbanetto e Rita Caregnato**, pelas preciosas contribuições e generosidade em doarem seus tempos, me acompanhando e incentivando, nesse momento único de formação acadêmica;

Aos **Profissionais do HED**, em especial, àqueles que participaram da pesquisa, pelas suas valiosas opiniões e, aos Superintendentes **Dr. Ricardo Guterres e Sr. Odacir Rossato**, pela confiança em mim depositada ao longo desses anos de trabalho;

E por fim, àquele que me faz feliz todos dias e está sempre ao meu lado, **Airton Bagatini**, meu amor incondicional.

## RESUMO

PRATES, Cassiana Gil. **Cultura de segurança do paciente:** elementos que influenciam a percepção dos profissionais de saúde. 2018. 176f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

A segurança do paciente, como dimensão da qualidade do cuidado em saúde, é tema de destaque no mundo. Os danos causados durante a assistência constituem-se um grave problema de saúde pública, com significativas implicações de morbimortalidade e qualidade de vida aos pacientes, além de afetar negativamente a imagem das instituições e dos profissionais de saúde. O maior desafio para a transformação do sistema vigente é a mudança cultural do paradigma punitivo para uma cultura de segurança. Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi analisar a cultura de segurança do paciente percebida pelos profissionais de saúde e os elementos que influenciam esta percepção em uma instituição hospitalar. Foi delineado como pesquisa de métodos mistos caracterizando-se pelo desenho sequencial explanatório onde a primeira etapa foi quantitativa para identificação do *status* da cultura mediante aplicação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* e, na sequência a etapa qualitativa que explorou os resultados iniciais e os elementos que influenciam a percepção dos profissionais utilizando-se a técnica de grupo focal. A pesquisa foi realizada em um hospital geral de Porto Alegre, de abril a outubro de 2017, e a amostra constituída por 618 profissionais assistenciais e de apoio técnico administrativo para a primeira etapa e 10 assistenciais de nível superior para os dois encontros de grupo focal. A análise dos resultados foi sequencial, sendo os dados quantitativos e as informações qualitativas analisadas separadamente, num primeiro momento, e posteriormente submetidos à uma análise integrada. Os resultados evidenciaram uma cultura fragilizada, com sete dimensões consideradas como áreas frágeis para segurança do paciente, sendo a mais crítica “respostas não punitivas aos erros” com índice de respostas positivas de 29,0%, seguida da “passagem de plantão ou de turno e transferências” (32,6%), “trabalho em equipe entre unidades” (36,8%), “adequação de profissionais” (44,2%), “abertura da comunicação” (48,7%), “percepção geral da segurança do paciente” (49,2%) e “retorno da informação e comunicação sobre o erro” (49,9%). Profissionais de nível superior, especialmente médicos, têm uma percepção mais fortalecida, com significância estatística ( $p \leq 0,05$ ), quando comparados com os de nível técnico nas dimensões “trabalho em equipe dentro das unidades”, “expectativas sobre seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente” e “aprendizado organizacional e melhoria contínua”. A emergência foi o setor que evidenciou os índices mais elevados de respostas positivas. Elementos relacionados à organização do trabalho (processos burocratizados, mal desenhados e descoordenados, decisões regionais, falhas de comunicação) somados aos elementos da gestão de pessoas (gradientes de hierarquia, sobrecarga, alta rotatividade, pressão por produção, punição, falta de respeito e empatia) e judicialização foram apontados pelo grupo focal como contribuintes para a percepção fragilizada da cultura de segurança e a liderança, como elemento que influencia positivamente as dimensões fortalecidas no serviço de emergência. Os resultados encontrados são consistentes e refletem a realidade das instituições de saúde no mundo. É compreensível que os avanços para a disseminação da cultura de segurança do paciente sejam desafiadores, contudo é imperativo a efetiva mobilização dos profissionais, gestores, governantes, educadores, pesquisadores, pacientes e sociedade, a fim de consolidar uma cultura construtiva nos sistemas de saúde onde todos serão beneficiados.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente. Qualidade da Assistência à Saúde. Cultura. Hospitais.

## ABSTRACT

PRATES, Cassiana Gil. **Patient safety culture:** elements that influence the perception of health professionals. 2018. 176p. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Patient safety, as a dimension of quality of health care, is a subject of prominence in the world. The damage caused during the assistance constitute a serious public health problem, with significant implications of morbidity and quality of life for patients, in addition to negatively affect the image of the institutions and health professionals. The greatest challenge for the transformation of the current system is the cultural change from the punitive paradigm to a culture of security. In this perspective, the aim of this study was to analyze the patient safety culture perceived by health professionals and the factors that influence this perception in a hospital institution. It was outlined as a research of mixed methods characterized by sequential explanatory drawing where the first step was quantitative to identify the *status* of culture through the application of the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* and, following the qualitative step that explored the initial results and the elements that influence the perception of professionals using the focal group technique. The research was conducted in a general hospital of Porto Alegre, from April to October of 2017, and the sample consisted of 618 healthcare professionals and administrative support for the first stage and 10 senior care assistants for the two meetings of the focal group. The analysis of results was sequential, being the quantitative data and qualitative information analyzed separately, at first, and subsequently submitted to an integrated analysis. The results showed a weakened culture, with seven dimensions considered fragile areas for patient safety, being the most critical "nonpunitive responses to errors" with an index of positive responses from 29.0%, followed by the "handoffs and transitions" (32.6%), "teamwork across units" (36.8%), "staffing" (44.2%), "Communication openness" (48.7%), "management support for patient safety" (49.2%) and "Feedback and communication about errors" (49.9%). Upper-level professionals, especially physicians, have a stronger perception, with statistical significance ( $p \leq 0.05$ ), when compared with the technical level in the dimensions "teamwork within units", "supervisor/manager expectations and actions promoting patient safety" and "organizational learning and continuous improvement". The emergency was the sector that showed the highest rates of positive responses. Elements related to work organization (bureaucratic, poorly designed and uncoordinated, regional decisions, communication failures) added to the elements of people management (hierarchy gradients, overload, high turnover, pressure for production, punishment, lack of respect and empathy) and judicialization were pointed out by the focal group as contributors to the fragile perception of safety culture and leadership, as an element that influences positively the strengthened dimensions in emergency service. The results are consistent and reflect the reality of health institutions in the world. It is understandable that the advances for the dissemination of patient safety culture are challenging, however it is essential to effectively mobilize professionals, managers, leaders, educators, researchers, patients and society, in order to consolidate a constructive culture in health systems where everyone will benefit.

**Keywords:** Patient Safety. Quality of Health Care. Culture. Hospitals.



## RESUMEN

PRATES, Cassiana Gil. **Cultura de seguridad del paciente**: elementos que influyen la percepción de los profesionales de la salud. 2018. 176f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

La seguridad del paciente, como dimensión de la cualidad en salud, es tema de destacado en el mundo. Los daños causados durante la asistencia se constituyen un grave problema de salud pública, con significativas implicaciones de morbimortalidad y cualidad de vida los pacientes, además de afectar negativamente la imagen de las instituciones y de los profesionales de la salud. El más grande desafío para la transformación del sistema actual es el cambio cultural del paradigma punitivo para una cultura de seguridad. En esta perspectiva, el objetivo de este estudio fue analizar la cultura de seguridad del paciente percibida por los profesionales de salud y los elementos que influyen esta percepción hospitalaria. Fue delineado como pesquisa de métodos mixtos caracterizándose por el diseño secuencial exploratorio donde la primera etapa fue cuantitativa para identificación del *status* de la cultura mediante aplicación del *Hospital Survey on Patient Safety Culture* y, en la secuencia la etapa que explotó los resultados iniciales y los elementos que influyen la percepción de los profesionales utilizándose la técnica de grupo de enfoque. La pesquisa fue realizada en un hospital general de Porto Alegre, durante los meses de abril a octubre de 2017 y la muestra constituida por 618 profesionales asistenciales y de apoyo técnico administrativo para la primera etapa y 10 asistenciales de nivel superior para los dos encuentros del grupo de enfoque. El análisis de los resultados fue secuencial, siendo que los datos cuantitativos y las informaciones cualitativas analizadas en separado, en un primer momento, y posteriormente sometidos a un análisis integrado. Los resultados evidenciaron una cultura fragilizada con siete dimensiones consideradas como áreas frágiles para la seguridad del paciente, siendo la más crítica “respuestas no punitivas a los errores” con índice de respuestas positivas de 29,0%, seguida de la “pasaje de planteo o de turno y transferencias” (32,6%), trabajo en equipo entre unidades” (36,8%), “adecuación de profesionales” (44,2%), “apertura de la comunicación” (48,7%), “percepción general de la seguridad del paciente” (49,2%), y “retorno de la información y comunicación sobre el error”(49,9%). Profesionales de nivel superior, especialmente médicos, tienen una percepción más fortalecida, con significancia estadística ( $p \leq 0,05$ ), cuando comparados con los de nivel técnico en las dimensiones “trabajo en equipo dentro de las unidades”, expectativas sobre su líder inmediato y acciones promotoras de la seguridad del paciente” e “aprendizaje organizacional y mejoría continua”. La emergencia fue el sector que evidenció los índices más elevados de respuestas positivas. Elementos relacionados a la organización del trabajo (procesos burocratizados, males diseñados y descoordinados, decisiones regionales, fallas de comunicación) sumados a los elementos de la gestión de personas (gradientes de jerarquía, sobrecarga, alta rotación, presión por producción, punición, falta de respeto y empatía) y judicialización fueron apuntadas por el grupo focal como contribuyentes para la percepción fragilizada de la cultura de seguridad y el liderazgo, como elemento que influye positivamente las dimensiones fortalecidas del servicio de emergencia. Los resultados encontrados son consistentes y reflejan la realidad de las instituciones de salud en el mundo. Es comprensible que los avances para la diseminación de la cultura de seguridad del paciente sean desafiantes, sin embargo, es incontestable la efectiva movilización de los profesionales, gestores, gobernantes, educadores, encuestadores, pacientes y sociedad, a fin de consolidar una cultura constructiva en los sistemas de salud donde todos serán beneficiados.

**Palabras-clave:** Seguridad del Paciente. Cualidad de la Asistencia a la Salud. Cultura. Hospitales.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Tríade Donabediana para avaliação da qualidade dos serviços de saúde .....	25
Figura 2 - Classificação dos incidentes conforme Organização Mundial da Saúde.....	33
Figura 3 - Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo .....	35
Figura 4 - Níveis da cultura organizacional e suas interações.....	40
Figura 5 - Modelo de maturidade da cultura de segurança proposto por Hudson.....	45
Figura 6 - Versão simplificada do modelo de cultura justa de Marx .....	48
Figura 7 - Diagrama representativo do desenho explanatório conduzido neste estudo.....	54
Figura 8 - Estratégias para Segurança do Paciente do Hospital Ernesto Dornelles .....	57
Figura 9 - Ações desenvolvidas no Hospital Ernesto Dornelles na busca pela cultura de segurança do paciente.....	58
Figura 10 - Apresentação dos dados e informações das etapas quantitativa, qualitativa e do processo de integração.....	71
Figura 11 – Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC: HED e AHRQ.....	75
Figura 12 – Comparativo da nota da segurança do paciente do HSOPSC: HED e AHRQ.....	80
Figura 13 – Comparativo do número de eventos notificados nos últimos 12 meses do HSOPSC: HED e AHRQ.....	80
Figura 14 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC: grupo assistencial x apoio técnico administrativo.....	82
Figura 15 - Síntese das categorias, subcategorias e unidades de registro da percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente conforme o HSOPSC .....	107
Figura 16 - Dimensões fragilizadas para cultura de segurança do paciente e elementos que contribuem para esta percepção.....	109
Figura 17 - Dimensões fortalecidas para cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência e elementos que contribuem para esta percepção .....	110
Figura 18 – Percepção dos profissionais assistenciais da cultura de segurança do paciente estratificadas por categoria profissional e elementos que contribuem para esta percepção ...	111

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas e laborais estratificadas por grupo .....	60
Tabela 2 - Distribuição dos participantes quanto a categoria profissional .....	61
Tabela 3 - Distribuição dos participantes quanto a sua unidade de trabalho.....	62
Tabela 4 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões e itens componentes da cultura de segurança do paciente do HSOPSC: HED e AHRQ.....	77
Tabela 5 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC: categorias profissionais do HED .....	84
Tabela 6 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC: nível de formação dos profissionais do HED.....	87
Tabela 7 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC: tempo de atuação dos profissionais no HED.....	88
Tabela 8 - Correlação do índice de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC e tempo de trabalho na profissão atual .....	89
Tabela 9 - Distribuição da nota da segurança do paciente do HSOPSC: categoria profissional .....	90
Tabela 10 - Distribuição do número de eventos notificados nos últimos 12 meses do HSOPSC: categoria profissional.....	90
Tabela 11 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC: setores assistenciais e de apoio técnico para assistência .....	93
Tabela 12 - Distribuição dos comentários por dimensão de cultura de segurança do paciente e o percentual de comentários positivos: grupo assistencial .....	94
Tabela 13 - Distribuição dos comentários por dimensão de cultura de segurança do paciente e o percentual de comentários positivos: grupo de apoio técnico administrativo .....	95

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC	Centro Cirúrgico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Centro de Materiais e Esterilização
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNQPS	Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde
COGER	Comissão de Gerenciamento de Riscos
COMPESQ/EENF	Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem
CPDA	Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Assistencial
ESI	Emergency Severity Index
EUA	Estados Unidos da América
GQT	Gestão da Qualidade Total/ Gerenciamento da Qualidade Total
HED	Hospital Ernesto Dornelles
HSC	Health and Safety Commission
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IAEA	International Atomic Energy Agency
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Institute of Medicine
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde
ISO	International Organization for Standardization
JCAHO	Joint Commissions on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
LILACS	Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature and Retrieval System on Line
MRSA	Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>
MS	Ministério da Saúde
MSI	Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument

NIAHO	National Integrated Accreditation for Healthcare Organization
NUSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OAC	Organizações de Alta Confiabilidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Rede Internacional da Organização Pan-Americana da Saúde
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPGENF	Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PSCHO	Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey
Qmentum	Quality and Momentum
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SADT	Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SEGER	Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SR	Sala de Recuperação Pós Anestésica
SRH	Safe Reliable Healthcare
SUS	Sistema Único de Saúde
UCE	Unidade de Cuidados Especiais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

## SUMARIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
2.1 GERAL.....	20
2.2 ESPECÍFICOS .....	20
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>21</b>
3.1 QUALIDADE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE.....	22
3.2 MOVIMENTO MUNDIAL PELA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	29
3.3 CULTURA ORGANIZACIONAL .....	38
3.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	42
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>52</b>
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	52
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	55
4.3 PROCEDIMENTOS DA ETAPA QUANTITATIVA.....	58
<b>4.3.1 Participantes .....</b>	<b>58</b>
<b>4.3.2 Instrumento .....</b>	<b>62</b>
<b>4.3.3 Coleta e Análise dos Dados .....</b>	<b>64</b>
4.4 PROCEDIMENTOS DA ETAPA QUALITATIVA.....	66
<b>4.4.1 Participantes .....</b>	<b>66</b>
<b>4.4.2 Grupo Focal .....</b>	<b>68</b>
<b>4.4.3 Análise das Informações .....</b>	<b>69</b>
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS INTEGRADOS .....	70
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	72
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>74</b>
5.1 ETAPA QUANTITATIVA .....	74
<b>5.1.1 Resultados gerais da aplicação do HSOPSC .....</b>	<b>74</b>
<b>5.1.2 Resultados por grupos (assistencial e apoio técnico administrativo) da aplicação do HSOPSC .....</b>	<b>81</b>
<b>5.1.3 Resultados por categoria profissional e variáveis laborais da aplicação do HSOPSC .....</b>	<b>83</b>
<b>5.1.4 Resultados por setor da aplicação do HSOPSC.....</b>	<b>91</b>
<b>5.1.5 Resultados da questão discursiva.....</b>	<b>94</b>
5.2 ETAPA QUALITATIVA .....	96

<b>5.2.1 Elementos que explicam o nosso <i>Status Quo</i> .....</b>	<b>96</b>
<b>5.2.2 Desvendando a Política de Segurança do Paciente.....</b>	<b>103</b>
<b>5.2.3 Mãos à obra para mudar nossa realidade .....</b>	<b>105</b>
<b>5.3 RESULTADOS INTEGRADOS.....</b>	<b>108</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>113</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>124</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa Quantitativa – Questionário.....</b>	<b>139</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa Qualitativa – Grupo Focal.....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE C - Roteiro para Realização do Grupo Focal.....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICE D - Respostas Positivas das Dimensões e Itens Componentes: Grupo Assistencial X Apoio Técnico Administrativo.....</b>	<b>146</b>
<b>APÊNDICE E - Respostas Positivas das Dimensões e Itens Componentes: Categoria Profissional.....</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICE F - Respostas Positivas das Dimensões e Itens Componentes: Nível de Formação.....</b>	<b>152</b>
<b>APÊNDICE G - Respostas Positivas das Dimensões e Itens Componentes: Tempo de Atuação no Hospital .....</b>	<b>155</b>
<b>APÊNDICE H - Respostas Positivas das Dimensões e Itens Componentes: Setores Assistenciais e de Apoio Técnico para Assistência .....</b>	<b>158</b>
<b>APÊNDICE I - Comentários Questão Discursiva: Grupo Assistencial.....</b>	<b>161</b>
<b>APÊNDICE J - Comentários Questão Discursiva: Grupo Apoio Técnico para Assistência .....</b>	<b>164</b>
<b>ANEXO A - Parecer Consubstanciado COMPESQ-UFRGS.....</b>	<b>166</b>
<b>ANEXO B - Carta de Concordância da Instituição .....</b>	<b>168</b>
<b>ANEXO C - Instrumento HSOPSC .....</b>	<b>170</b>
<b>ANEXO D - Política de Segurança do Paciente HED .....</b>	<b>175</b>
<b>ANEXO E - Mapa Estratégico HED.....</b>	<b>176</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*“Primum non nocere.”*

Hipócrates

A segurança do paciente, como dimensão da qualidade do cuidado em saúde, é tema de destaque em todo o mundo. Danos causados durante o processo assistencial têm implicações significativas na morbimortalidade e qualidade de vida dos pacientes em todos os contextos de assistência à saúde, além de afetar negativamente a imagem das instituições e dos profissionais de saúde, constituindo-se assim um grave problema de saúde pública. Avançar de forma significativa neste contexto exige a priorização constante da cultura de segurança pelas lideranças e o bem-estar e a segurança da mão de obra que presta assistência à saúde<sup>(1)</sup>.

A preocupação com o tema remonta à antiguidade com o princípio *Primum non nocere* (antes de tudo, não cause dano) atribuído a Hipócrates há dois mil anos. Contudo, o marco do movimento mundial pela segurança do paciente foi a publicação do relatório *Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro* pelo *Institute of Medicine* em 1999<sup>(2)</sup>. Os dados alarmantes deste relatório em relação ao número de óbitos a cada ano nas instituições americanas por falhas na assistência (estimado entre 44.000 a 98.000 mortes) e o custo gerado para o governo americano (entre U\$ 17bilhões e 29bilhões) despertaram para a necessidade de reformulação dos sistemas de saúde e a implantação de uma cultura de segurança nas instituições. Novas evidências sugerem que esses números são ainda maiores, entre 210.000 e 400.000 óbitos<sup>(3)</sup>, sendo as falhas na assistência, consideradas a terceira causa de morte nos Estados Unidos da América<sup>(4)</sup>.

Estudos nacionais visando identificar a magnitude do problema ainda são restritos. A incidência de pacientes com eventos adversos nas instituições brasileiras foi estimada em 7,6% sendo que destes, 66,7% foram considerados evitáveis<sup>(5)</sup>. Na América Latina, a estimativa a partir de um relatório envolvendo México, Peru, Argentina, Costa Rica e Colômbia é de que 10,5% dos pacientes hospitalizados sofram algum tipo de evento adverso durante a sua internação, sendo 58,9% a taxa de eventos evitáveis<sup>(6)</sup>.

Com a missão de mudar essa realidade, foram criadas nos cinco continentes Fundações governamentais e não governamentais, Associações, Redes e Institutos preocupados e interessados no tema. Ações de melhorias, campanhas, protocolos e iniciativas são propostas e disseminadas desde então, visando minimizar o impacto dos erros nas instituições de saúde e garantir segurança ao paciente, aos profissionais, às instituições e à sociedade.



Mundialmente, duas iniciativas ganharam destaque e notoriedade: a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente em 2004<sup>(7)</sup>, como uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) que recomendou maior atenção dos países membros para ações de segurança do paciente e as Metas Internacionais para a Segurança do Paciente, proposta em parceria com a *Joint Commission International*<sup>(8)</sup>, com o objetivo de promover melhorias específicas naquelas situações da assistência consideradas de maior risco: identificação do paciente, comunicação, medicamentos, higiene de mãos, cirurgias e quedas.

No Brasil, a preocupação foi oficializada quando o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP em 1º de abril de 2013, por meio da Portaria MS/GM nº 529<sup>(9)</sup> e a ANVISA lançou a RDC nº 36, em 25 de julho do mesmo ano<sup>(10)</sup>, estabelecendo ações obrigatórias de segurança do paciente para instituições de saúde: criação de Núcleos de Segurança do Paciente, implantação de Protocolos de Segurança do Paciente e notificação de incidentes à ANVISA.

Apesar da segurança do paciente ter avançado de forma importante, o trabalho para tornar a assistência mais segura para os pacientes progrediu de forma mais lenta do que a prevista. Muitas intervenções se mostraram eficazes e melhorias foram evidenciadas, como no caso das infecções relacionadas a assistência à saúde, mas muitas foram ineficazes e algumas intervenções promissoras têm questões ainda não solucionadas. O sistema de saúde segue operando com um baixo grau de confiabilidade, indicando que os pacientes com frequência sofrem danos desnecessários<sup>(1)</sup>.

Na busca por estratégias que de fato garantam uma assistência segura aos pacientes, partilhar de uma cultura de segurança positiva emerge como um requisito essencial a ser desenvolvido e aprimorado nas instituições de saúde. Organizações consideradas de alta confiabilidade, como a aviação e indústria petrolífera têm enfatizado a cultura de segurança como um fator chave para a manutenção dos seus excelentes desempenhos<sup>(11)</sup>.

Cultura de Segurança foi conceituada pela *Health and Safety Commission*<sup>(12)</sup>, como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização com a gestão da segurança. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância da segurança e da efetividade das ações de prevenção. Este conceito foi adaptado para o contexto da segurança do paciente nas instituições de saúde por Nieva em 2003<sup>(13)</sup>.

Uma instituição com uma cultura de segurança fortalecida é reconhecida, quando todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares, quando a segurança é priorizada acima de metas financeiras e operacionais, quando os profissionais são encorajados e recompensados a identificar, notificar e resolver problemas de segurança, quando promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de um incidente e quando proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança<sup>(14)</sup>.

A cultura punitiva ainda é muito presente nas instituições de saúde. A ideia de que o profissional de saúde não pode errar, está disseminada na sociedade e entre os profissionais. O movimento pela segurança do paciente aponta para as deficiências do sistema, em sua concepção, organização e funcionamento como as principais responsáveis diante da ocorrência de um incidente, ao contrário de culpar o profissional isoladamente, afinal, não se pode mudar a condição humana, mas é possível modificar as condições de trabalho, criando defesas no sistema<sup>(15)</sup>.

O primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança é avaliar a cultura corrente<sup>(16)</sup>. Analisar a cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde tem sido uma proposta globalmente estimulada pela comunidade científica e pelas organizações internacionais de acreditação hospitalar<sup>(17)</sup>. A partir da percepção dos profissionais acerca da cultura partilhada na organização, têm-se acesso aos comportamentos relacionados à segurança, bem como as áreas e dimensões mais frágeis, contribuindo para o planejamento e implementação de intervenções assertivas para a segurança do paciente.

Estimular a pesquisa sobre este tema é fundamental para produzir/aumentar o conhecimento, disseminar informação, apoiar nas tomadas de decisões, promover práticas baseadas em evidências científicas, monitorizar/avaliar o impacto de medidas que visem aumentar a segurança dos pacientes e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Embora nos últimos anos perceba-se um aumento da produção científica acerca da segurança do paciente, ainda é um campo de estudo relativamente novo. A OMS definiu áreas prioritárias para investigação/pesquisa em segurança do paciente e a “cultura de segurança do paciente pouco enraizada” é um dos tópicos sugeridos para o desenvolvimento de estudos científicos<sup>(18)</sup>.

Pesquisas demonstram que a cultura de segurança do paciente varia entre hospitais e entre setores de uma mesma organização<sup>(19)</sup>, entre categorias profissionais<sup>(20-21)</sup> e entre níveis hierárquicos<sup>(22)</sup>. Ainda, sugerem correlação com desfechos clínicos como infecção<sup>(23-24)</sup> e associação com *Burnout*<sup>(25)</sup> e indicadores gerenciais de enfermagem<sup>(26)</sup>.

Em organizações de saúde, a metodologia mais utilizada para mensurar a percepção dos profissionais é a quantitativa, utilizando de questionários como instrumentos de coleta de dados. Estão disponíveis diversos instrumentos, que se diferem quanto às dimensões e números de itens que mensuram<sup>(27)</sup>, sendo que no Brasil estão validados e disponíveis para utilização o Safety Attitudes Questionnaire – SAQ<sup>(28)</sup> e o Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC<sup>(29)</sup>.

As pesquisas no Brasil são incipientes utilizando o HSOPSC e em sua maioria restringem-se em avaliar uma unidade hospitalar específica e a amostra composta por profissionais assistenciais, especialmente médicos e enfermeiros<sup>(30-34)</sup>. E os resultados destes estudos sugerem que a cultura de segurança do paciente é um tema a ser desenvolvido e aprimorado nas instituições de saúde corroborando com uma recente revisão sistemática que revelou uma predominância de dimensões fragilizadas para segurança do paciente quando avaliada a cultura das organizações<sup>(35)</sup>.

O tema desperta minha curiosidade. Salvar vidas, cuidar de pacientes, talvez, os maiores desejos e motivadores de estudantes que escolhem a Graduação em enfermagem como sua profissão. Esse foi meu lema, quando em meados da década de 90 ingressei na faculdade. A oportunidade de vivenciar o ambiente profissional como estagiária, me lançou, logo no quarto semestre para uma área longe da assistência direta aos pacientes, mas extremamente relevante para a qualidade e segurança dos mesmos: o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. E foi neste mesmo setor que iniciei minha jornada como enfermeira, durante os primeiros dez anos de vida profissional.

A experiência como enfermeira de controle de infecção me aproximou da gestão hospitalar e de estudos acerca de planejamento estratégico, análise de cenários e tendências em saúde. Nessa direção, em 2007 me deparei com as primeiras iniciativas sobre Segurança do Paciente, quando o tema no Brasil ainda era um paradigma a ser ultrapassado e a cultura punitiva ainda predominante na maioria das instituições.

O desejo de salvar vidas e proporcionar aos pacientes e sua família uma assistência de qualidade, segura e humanizada e aos profissionais de saúde, um ambiente de trabalho capaz de assegurar uma mudança cultural, me estimulou a propor a criação de um Serviço focado e especializado para a segurança do paciente. Assim surgiu o Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos em 2009, do qual sou a coordenadora neste momento, na mesma instituição onde iniciei minha carreira profissional.

Minha trajetória acadêmica se voltou desde a primeira pós-graduação em 2002, para estudos sobre o que chamamos, hoje, de segurança do paciente. Refletindo e com o intuito de

desenvolver um estudo que contribuísse para ações de melhoria no âmbito gerencial e assistencial nas instituições de saúde, surgiu a seguinte questão de pesquisa: “Qual a percepção dos profissionais que atuam em um hospital sobre a cultura de segurança do paciente e quais os elementos que influenciam essa percepção?”, e a tese defendida de que “a percepção da cultura de segurança do paciente emerge a partir de elementos do ambiente de práticas no cotidiano dos profissionais que atuam em uma instituição hospitalar”.

Vislumbra-se que esta pesquisa possa contribuir para a construção e consolidação da cultura segurança do paciente nas instituições de saúde, aprofundando o conhecimento sobre as dimensões que compõem esta cultura e compreendendo os elementos que influenciam a percepção dos profissionais.

## 2 OBJETIVOS

*“Quando estamos motivados por metas  
que têm significados profundos,  
por sonhos que precisam ser realizados,  
por puro amor que precisa se expressar,  
então nós vivemos verdadeiramente a vida.”*

Greg Anderson

### 2.1 GERAL

Analisar a cultura de segurança do paciente percebida pelos profissionais e os elementos que influenciam esta percepção em uma instituição hospitalar de Porto Alegre.

### 2.2 ESPECÍFICOS

Identificar a cultura de segurança do paciente percebida pelos profissionais conforme as dimensões do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) na versão brasileira;

- a) Verificar associação entre percepção de cultura de segurança do paciente e variáveis laborais dos profissionais;
- b) Identificar os elementos que influenciam a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente;
- c) Refletir sobre a Política de Segurança do Paciente implantada na instituição a partir da percepção dos profissionais;
- d) Elencar oportunidades de melhorias para instituição a partir da percepção dos profissionais.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

*“Jamais considere seus estudos como uma obrigação,  
mas como uma oportunidade invejável  
para aprender a conhecer a influência libertadora  
da beleza do reino do espírito,  
para seu próprio prazer pessoal e  
para proveito da comunidade  
à qual seu futuro trabalho pertencer.”*

Albert Einstein

A fundamentação teórica que sustenta a tese de que **“a percepção da cultura de segurança do paciente emerge a partir de elementos do ambiente de práticas no cotidiano dos profissionais que atuam em uma instituição hospitalar”** está ancorada em quatro capítulos que versam sobre a Qualidade nas Instituições de Saúde, o Movimento Mundial pela Segurança do Paciente, Cultura Organizacional e, finalmente, a Cultura de Segurança do Paciente.

A sequência lógica dos capítulos foi determinada considerando o fato de que os Princípios da Qualidade, na modernidade, fundamentam as práticas gerenciais das instituições de saúde e sustentariam a disseminação do movimento pela Segurança do Paciente nas complexas organizações hospitalares. A incorporação de práticas seguras na filosofia de uma instituição hospitalar é influenciada pela sua Cultura Organizacional, por isso a necessidade de compreensão deste fenômeno para que a Cultura de Segurança do Paciente seja entendida e reconhecida como um paradigma institucional.

A revisão da literatura foi realizada pela busca de artigos científicos localizados nas bases *Medical Literature and Retrieval System on Line* (MEDLINE/Pub Med), *Web of Science* (Clarivate Analytics), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), recorrendo-se aos seguintes descritores, na versão português e inglês: Segurança do Paciente, *Patient Safety*; Qualidade da Assistência à Saúde, *Quality of Health Care*; Cultura, *Culture*; Cultura Organizacional, *Organizational Culture*; e, Hospitais, *Hospitals*.

### 3.1 QUALIDADE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

O desejo por qualidade é nato do ser humano, todos querem qualidade de vida, qualidade na saúde e na educação, no entanto é difícil traduzir em palavras o seu significado. Para uns, representa a busca da satisfação do cliente, para outros, a busca da excelência para todas as atividades de um processo e ainda, pode significar adequação ao uso<sup>(36)</sup>.

A história da qualidade tem início na II Guerra Mundial, quando a indústria foi impulsionada a produzir materiais bélicos de qualidade e os japoneses desenvolveram um método de controle, que em vez de encontrar e eliminar as peças defeituosas, buscava evitar que os defeitos ocorressem, método este, mais tarde reconhecido como Gestão da Qualidade Total (GQT) ou Gerenciamento da Qualidade Total (GQT). A GQT, surge como um modelo ou filosofia gerencial, fundamentado na participação de todos os integrantes da organização e definida como um sistema que parte do reconhecimento das necessidades das pessoas, estabelece padrões e os avalia continuamente, assegurando que os anseios e desejos dos clientes serão sempre satisfeitos<sup>(37)</sup>.

Se por um lado, a filosofia da qualidade se adequa perfeitamente para a indústria, estando os seus conceitos estabelecidos desde a década de oitenta<sup>(37)</sup>, por outro, na área da prestação de serviços, sua aplicabilidade torna-se um desafio. As características deste segmento no que diz respeito aos aspectos de intangibilidade (serviços não podem ser provados, apalpadados, ouvidos ou cheirados), inseparabilidade (são feitos e consumidos ao mesmo tempo), variabilidade (não são iguais um ao outro, pois as pessoas, as necessidades e os momentos são diferentes) e perecibilidade (serviços não podem ser estocados) conferem complexidade à sua implantação<sup>(38)</sup>.

O Sistema de Saúde, como prestador de serviços, foi uma das últimas organizações sociais a adotar os modelos de qualidade. Antigamente, os hospitais eram considerados locais que serviam para separar os enfermos da sociedade ou esperar a morte, havendo quase nenhuma ou pouca intervenção. O hospital, como instrumento de intervenção terapêutica e com o objetivo de curar doenças, surge no final do século 18, ancorado na religiosidade, na filantropia, na beneficência e no militarismo<sup>(39)</sup>, esta herança, talvez, explique as dificuldades dos conceitos e decisões empresariais, como a implantação de sistemas de garantia da qualidade, serem concebidas pelas organizações de saúde.

Contudo, apesar das dificuldades, esforços devem ser empreendidos no sentido de superar a resistência inicial à adoção de modelos originalmente desenvolvidos na indústria para a área da saúde<sup>(40)</sup>.

O legado de Florence Nightingale (1820 a 1910), enfermeira inglesa e precursora da enfermagem moderna, reconhecidamente pioneira no que se refere ao pensamento filosófico, científico e ético para esta profissão e para a qualidade hospitalar não pode deixar de ser registrado<sup>(41)</sup>. Durante a guerra da Criméia, no Hospital Scutari em 1854, Florence implantou cuidados de enfermagem baseados em rígidos padrões sanitários reduzindo a taxa de mortalidade de 42,7% para 2,2% em um curto período de tempo. Trata-se do primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade<sup>(37)</sup>.

As organizações hospitalares do século 21, estão ficando cada vez maiores e mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas sobretudo por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia para prestar assistência em âmbito preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação com alta tecnologia e custo elevado<sup>(42)</sup>.

Tais instituições, frente aos desafios impostos na atualidade, como a mudança do perfil sociodemográfico da população, limitação de recursos financeiros, escassez de recursos humanos qualificados e a judicialização necessitam abordagens inovadoras na sua gestão. Trata-se de direcionar a organização para novos patamares gerenciais e assistenciais com mais eficiência, eficácia e efetividade. O caminho para a qualidade é cheio de obstáculos e dificuldades que serão vencidos com trabalho árduo e persistente em consequência de uma ação gerencial integrada, sistêmica e coerente, praticada dentro de um modelo de gestão e de um modelo assistencial claro e definido<sup>(43)</sup>.

Qualidade significa satisfazer as necessidades dos grupos ou partes interessadas que, para uma organização de saúde, seria atender aos desejos dos acionistas, pacientes, familiares, profissionais, fornecedores e a sociedade como um todo. O grau de satisfação destes é que definirá a qualidade da organização<sup>(43)</sup>.

A qualidade aplicada às organizações hospitalares é instigante e capaz de provocar grandes discussões teóricas<sup>(44)</sup>. Para qualidade associada ao cuidado em saúde, não existe um consenso universal sobre a sua definição, trata-se de um conceito que traz consigo alto grau de subjetividade, no entanto, dois referenciais têm sido os mais difundidos: *Donabedian* na década de 80 e o *Institute of Medicine (IOM)* no início dos anos 2000<sup>(45)</sup>.

Avedis Donabedian, clássico autor sobre qualidade no setor saúde, a define como o conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo risco ao paciente e um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando os valores sociais existentes<sup>(46-47)</sup>. Para este autor, são sete os Pilares da Qualidade (atributos) que, mensurados isoladamente ou combinados, expressam a magnitude da qualidade<sup>(48)</sup>:

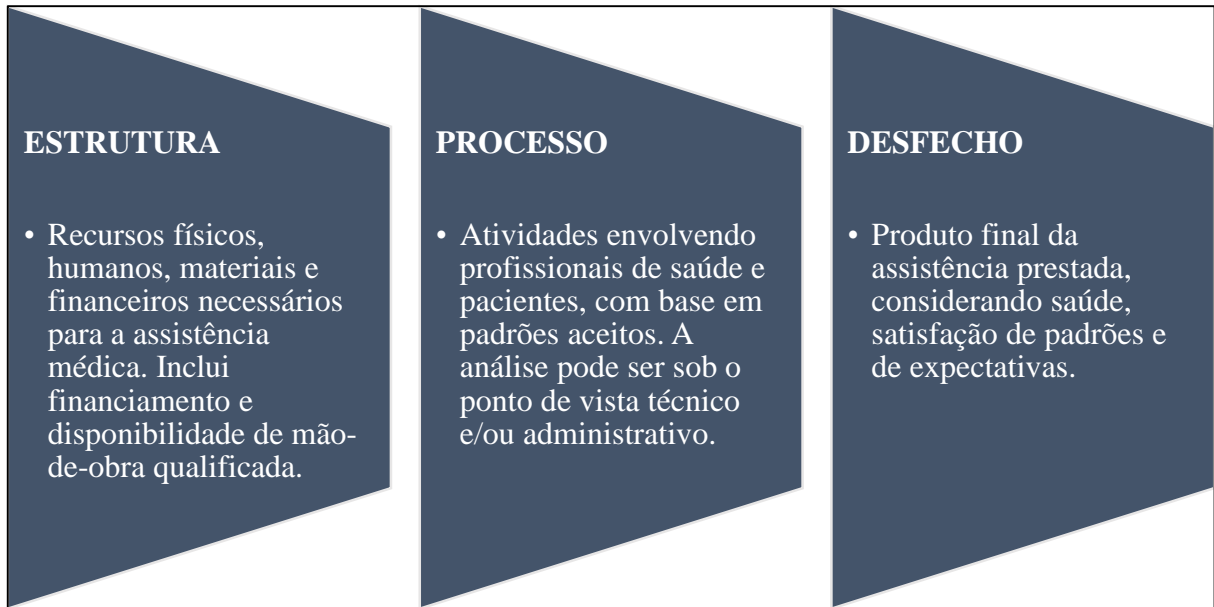


- **Eficácia:** habilidade da ciência e tecnologia do cuidado de saúde em realizar melhoria no estado de saúde quando utilizada em circunstâncias específicas;
- **Efetividade:** grau em que a melhoria nas condições de saúde possíveis a cada momento são, de fato, atingidas. Implica na comparação entre o desempenho realizado e aquele indicado pela ciência e tecnologia, idealmente ou sob circunstâncias específicas. A efetividade é um conceito relativo;
- **Eficiência:** habilidade em reduzir o custo do cuidado sem diminuir as melhorias nas condições de saúde;
- **Otimização:** balanço das melhorias nas condições de saúde comparadas com o custo de tais melhorias;
- **Aceitabilidade:** grau de conformidade do cuidado aos desejos, vontades e expectativas do paciente e de seus familiares;
- **Legitimidade:** conformidade com as preferências sociais, expressas em princípios éticos, valores, normas, leis e regulamentações;
- **Equidade:** conformidade com o princípio que determina o que é justo e razoável na distribuição do cuidado de saúde e dos seus benefícios entre os membros de uma população.

Um cuidado de qualidade, segundo Donabedian, é aquele que proporciona ao paciente o bem-estar máximo e completo, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre os ganhos e as perdas que acompanham o processo de cuidado em toda a sua extensão<sup>(48-49)</sup>.

Um dos mecanismos utilizados para o controle da qualidade é a avaliação. Para Donabedian, constitui-se do monitoramento contínuo dos serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços prestados<sup>(49)</sup>. Neste sentido, este autor desenvolveu um modelo de avaliação, conhecida como Tríade de Donabedian (Figura 1), a partir da utilização de indicadores representativos de três aspectos principais: estrutura, processo e resultado<sup>(50-51)</sup>.

Figura 1 - Tríade Donabedian para avaliação da qualidade dos serviços de saúde



Fonte: Adaptado livremente de Donabedian<sup>(50)</sup>.

A análise isolada de cada componente, segundo este autor, pode gerar insuficiência de referências, por isso se justifica o uso concomitante de indicadores representativos das três abordagens, que analisa os elementos constitutivos das estruturas organizacionais, dos processos de trabalho e dos resultados da assistência prestada<sup>(52)</sup>.

Indicadores são ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional e definidos como uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados ao paciente e as atividades dos serviços, podendo ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato<sup>(53)</sup>.

Mais recentemente e, impulsionado pelo reconhecido relatório publicado pelo *Institute of Medicine* “Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”<sup>(2)</sup>, que demonstrou a insegurança das instituições de saúde americana, reformular e construir um sistema de saúde com qualidade e mais seguro passa a ser uma bandeira mundial. Este mesmo Instituto publica o texto “Cruzando o abismo da qualidade: um novo sistema de saúde para o século 21”<sup>(54)</sup>, definindo qualidade da assistência como o grau em que as organizações de saúde para indivíduos e população aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Nesta publicação, seis são as dimensões definidas para caracterizar a qualidade no cuidado, sendo que a segurança tem papel de destaque por ser a mais crítica e decisiva para os pacientes:

- **Segurança:** evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los;
- **Oportunidade:** redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe quanto para quem presta o cuidado;
- **Efetividade:** cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão;
- **Eficiência:** cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia;
- **Cuidado centrado no paciente:** cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas;
- **Equidade:** qualidade do cuidado que não difere em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

O referencial proposto pelo IOM, aponta que os problemas relacionados a qualidade nos serviços de saúde são, de modo geral, decorrentes de sobreutilização (*overuse*), utilização inadequada (*misuse*) ou subutilização (*underuse*):

- Sobreutilização “cuidados demais”: cuidados em excesso podem desviar recursos que poderiam ter usos mais produtivos e expõem pacientes a riscos e danos desnecessários;
- Utilização inadequada “Cuidados ruins”: as melhores alternativas indicadas são realizadas de forma inadequada, por ignorância, erro no cuidado de saúde, imperícia, imprudência ou negligência;
- Subutilização “cuidados de menos”: cuidados necessários e adequados deixam de ser prestados por diversas razões ou por não estarem disponíveis.

O debate acerca da qualidade em saúde se estende desde o início do século XX, em países como Estados Unidos da América (EUA) e Inglaterra, enquanto no Brasil, datam dos anos 1990 as primeiras iniciativas relacionadas a avaliação da qualidade assistencial<sup>(55)</sup>.

O primeiro método de monitoramento do resultado assistencial foi proposto em 1917, por Ernst Codman, um cirurgião do Hospital Geral de Massachussets nos EUA, que influenciou positivamente o Colégio Americano de Cirurgiões com os argumentos de que para a obtenção de melhores resultados era necessário melhorar as condições dos hospitais, estabelecendo

assim, o primeiro elenco de padrões que se referiam às condições necessárias aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho para garantir a qualidade da assistência aos pacientes.

Este conjunto de padrões foi a base para a criação da Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (*Joint Commissions on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO*), por associações profissionais e de hospitais dos EUA e Canadá em 1952, importante marco para a disseminação da Acreditação como uma modalidade de avaliação e de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde no mundo que procurou introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a qualidade em nível nacional.

A Acreditação passou a ser um elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina em 1989, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, o processo tem sido estimulado desde a década de 90, com a criação do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) e da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS). O Programa Brasileiro de Acreditação foi oficialmente lançado em 1998<sup>(56)</sup>.

Um programa de acreditação tem como responsabilidade medir o desempenho, auxiliar na reestruturação de processos internos e promover melhorias com ênfase na qualidade do serviço prestado, independente dos recursos tecnológicos envolvidos<sup>(57)</sup>. As vantagens advindas deste processo se relacionam ainda com seu potencial para alavancar os níveis de segurança na atenção hospitalar<sup>(58)</sup>.

No Brasil, as instituições podem ser acreditadas por meio de quatro metodologias: Organização Nacional de Acreditação (ONA); *Joint Commission International (JCI)*; *Quality and Momentum*, da *Accreditation Canada (Qmentum)*; e, *National Integrated Accreditation for Healthcare Organization (NIAHO)*, sendo a ONA e a JCI as mais prevalentes<sup>(59)</sup>.

As instituições de saúde podem ainda ser certificadas pelas Normas ISO (*International Organization for Standardization*), porém esta metodologia é menos frequente entre os hospitais. A ISO é uma federação mundial, composta por organismos nacionais de normalização de cada país e no Brasil representada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)<sup>(57)</sup>.

Os dados brasileiros são pouco animadores, dos 6.805 hospitais do Brasil, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), menos de 5% são acreditados: 261 (3,8%) certificados pela ONA, 35 (0,5%) pela JCI, 35 (0,5%) pela Canadense e 05 (0,07%) pela NIAHO<sup>(61)</sup>. A rede privada tende a ter proporcionalmente mais hospitais acreditados e a região sudeste é a que concentra o maior número de hospitais com alguma certificação de qualidade<sup>(59)</sup>.

O Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA), define acreditação como um processo de avaliação e certificação voluntário, periódico, reservado, sigiloso e essencialmente educativo que, por meio de padrões e requisitos definidos previamente, promovendo a qualidade e a segurança da assistência. O Sistema está consolidado em um conjunto de 11 Fundamentos de Gestão em Saúde, sendo que um destes é o **Foco na segurança**, assim definido:

promoção de um ambiente seguro, mediante adoção de ações preventivas, desenvolvendo a capacidade da organização de se antecipar às situações indesejáveis. Identificação, análise, planejamento e implementação de melhorias para redução contínua dos riscos de danos, associados à assistência em saúde<sup>(60:21)</sup>.

Os sete Pilares propostos por Donabedian<sup>(48)</sup> somados a Integralidade, conceituado como “conjunto articulado e contínuo de saberes, processos e ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, exigidas para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” são as oito dimensões da qualidade que orientam a avaliação do desempenho organizacional frente aos requisitos definidos pela ONA<sup>(60:22)</sup>.

Avaliação pode resultar em Não Acreditado, Acreditado Nível 1 (atende ao princípio de “segurança” em todos os processos organizacionais), Acreditado Nível 2 – Pleno (atende aos princípios de nível 1 e dispõe de um sistema de planejamento e organização focado na “gestão integrada” ou Acreditado Nível 3 – Excelência (atende aos princípios dos níveis 1 e 2 e demonstra uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional)<sup>(60)</sup>.

Independente da metodologia proposta, a Acreditação, como método de avaliação dos serviços de saúde aponta para uma direção positiva na melhoria da assistência aos pacientes, elevando os níveis qualidade<sup>(56)</sup>.

A segurança do paciente, sob um determinado ponto de vista, é tratada como um atributo da qualidade<sup>(54)</sup> e por outro, como um construto em si, independente da qualidade, conceituada como a redução a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde<sup>(62)</sup>.

Independente desse debate, é fato que o desenvolvimento contemporâneo da temática segurança do paciente permitiu um novo olhar sobre a qualidade do cuidado de saúde, uma vez que mostra com clareza como a assistência pode ser danosa para os pacientes, chama a atenção para o impacto das falhas e as consequências do dano, aborda diretamente a questão do erro, sua natureza e suas causas, amplia a atenção sobre o desempenho humano e para as questões de ergonomia e psicologia, utiliza uma ampla variedade de modelos de segurança e qualidade da indústria, principalmente das de alta confiabilidade como aviação, e introduz novas ferramentas e técnicas para a melhoria do cuidado em saúde<sup>(45)</sup>.

No atual cenário da saúde, prestar uma assistência em consonância com os princípios da gestão da qualidade e livre de danos desnecessários ao paciente, aos profissionais, à instituição e à sociedade torna-se imperativo.

### 3.2 MOVIMENTO MUNDIAL PELA SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é, na atualidade, considerada um grave problema de saúde pública<sup>(1)</sup>. Os danos decorrentes da assistência aos pacientes têm significativas implicações de morbidade, mortalidade e qualidade de vida, além de afetar negativamente a imagem tanto das instituições prestadoras de cuidados quanto dos profissionais de saúde<sup>(1)</sup>.

O marco do movimento mundial pela segurança do paciente foi a publicação *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) pelo *Institute of Medicine* (IOM) em 1999<sup>(2)</sup>. Este relatório evidenciou um número alarmante de óbitos por falhas durante a assistência nos hospitais americanos (entre 44.000 e 98.000) e um custo para o governo estimado entre U\$ 17bilhões e 29bilhões. Este documento foi determinante para que iniciativas pela Segurança do Paciente fossem discutidas e globalmente disseminadas.

Apesar de grandes avanços em áreas específicas e problemáticas, como as infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS)<sup>(63)</sup>, o trabalho para tornar a assistência mais segura progrediu mais lento do que o previsto e o sistema de saúde continua a operar com baixo grau de confiabilidade<sup>(1)</sup>, principalmente nos países em desenvolvimento<sup>(64)</sup>.

As publicações científicas que versam sobre a segurança do paciente em todos os contextos da assistência aos pacientes e de suas implicações organizacionais aumentaram de forma exponencial a partir do ano 2000. A estimativa nos EUA, com as novas evidências, sugerem que o número de óbitos é ainda maior, entre 210.000 e 400.000 mortes em hospitais americanos a cada ano<sup>(3)</sup> e as falhas na assistência podem ser consideradas a terceira causa de óbito, atrás somente das doenças cardiovasculares e câncer<sup>(4)</sup>. No Canadá, das 2.5milhões de internações/ano, a incidência de eventos adversos foi estimada em 7,5% sendo que 37,8% foram considerados eventos potencialmente evitáveis<sup>(65)</sup>.

Na Inglaterra, 10,8% dos pacientes admitidos nos hospitais sofrem um evento adverso durante a sua internação, sendo que metade destes poderiam ter sido evitados, um terço dos eventos ocasionaram dano moderado ou grave e o impacto financeiro em decorrência do aumento do tempo de permanência foi de £1 bilhão para o sistema britânico de saúde<sup>(66)</sup>. Ainda

nos hospitais ingleses, a taxa de mortalidade atribuída a danos evitáveis foi estimada em 3,6% dos óbitos hospitalares<sup>(67)</sup>.

Nos hospitais espanhóis, a incidência de evento adverso foi estimada em 8,4% das admissões, sendo 42,8% considerados evitáveis. Em decorrência do evento adverso, procedimento e ou tratamento adicional foram necessários em 66,3% e 69,9% das vezes, respectivamente e 31,4% contribuíram para o aumento do tempo de permanência. A densidade de incidência de evento com dano moderado ou grave foi de 5,6 a cada 1000 pacientes ao dia<sup>(68)</sup>.

Outros estudos do continente europeu, que avaliaram retrospectivamente, por meio de análise de prontuários, a incidência de eventos adversos e a proporção destes que poderiam ter sido evitados, evidenciaram uma taxa de 12,3% sendo 70,0% evitável na Suécia<sup>(69)</sup>; 5,7% e 39,6% na Holanda<sup>(70)</sup>; 5,2% e 56,7% na Itália<sup>(71)</sup>; 10,3% e 72,7% na Irlanda<sup>(72)</sup>.

Na América Latina, a estimativa, a partir de um estudo multicêntrico realizado no México, Peru, Argentina, Costa Rica e Colômbia, é de que 10,5% dos pacientes hospitalizados sofram algum tipo de evento adverso durante a sua internação, sendo 58,9% a taxa de eventos preveníveis<sup>(6)</sup>.

No Brasil, o primeiro estudo que avaliou a incidência de eventos adversos analisou retrospectivamente 1103 prontuários de pacientes adultos, hospitalizados em três instituições no estado do Rio de Janeiro e identificou uma taxa de 7,6% de eventos adversos, sendo que 66,7% foram considerados evitáveis<sup>(5)</sup>. As características destes eventos foram analisadas em um estudo posterior que evidenciou as infecções relacionadas ao cuidado em saúde como os eventos evitáveis mais frequentes (24,6%), seguidas de complicações cirúrgicas e/ou anestésicas (20,0%), atraso ou falha de diagnóstico / tratamento (18,4%), úlceras por pressão (18,4%), complicações de acesso vascular (7,7%), quedas (6,2%) e medicamentos (4,6%). Estes eventos foram responsáveis por 373 dias adicionais de permanência hospitalar<sup>(73)</sup>.

Uma estimativa dos impactos assistenciais e econômicos dos eventos adversos no Brasil foi realizada considerando tanto a rede hospitalar do SUS quanto da saúde suplementar e tendo como base o ano de 2016. Neste cenário, foram internados 19.128.382 pacientes nos hospitais brasileiros e destes, 1.377.243 seriam vítimas de, pelo menos, uma condição adquirida intra-hospitalar e 170.778 óbitos estariam associados a estas condições. O custo para a saúde suplementar no Brasil foi estimado, com base na literatura internacional, em R\$15,57 bilhões sendo R\$ 10,9 bilhões preveníveis. As perdas econômicas potenciais para o sistema público não puderam ser estimadas, devido as diversas formas de pagamento da conta hospitalar<sup>(74)</sup>.

Globalmente, estima-se que ocorram 421 milhões de internações e 42,7 milhões de eventos adversos, sendo que dois terços destes ocorrem nos países subdesenvolvidos ou em



desenvolvimento<sup>(75)</sup>. Diante das evidências, eventos adversos relacionados a assistência em saúde representam uma importante causa de morbi-mortalidade e uma das principais causas da escassez de recursos nos sistemas de saúde, constituindo-se de uma preocupação central para diversos países.

Nos cinco continentes, inúmeras Fundações governamentais e não governamentais, Associações, Redes e Institutos preocupados e interessados no tema foram criados e ações de melhorias, campanhas, protocolos e iniciativas foram propostos visando minimizar o impacto dos erros nas instituições de saúde, buscando garantir segurança aos pacientes, profissionais de saúde e às instituições. Destacam-se as organizações do Reino Unido<sup>(76)</sup> (*National Patient Safety*), Dinamarca<sup>(77)</sup> (*Danish Society for Patient Safety*), Austrália<sup>(78)</sup> (*Australian Patient Safety Agency*), Estados Unidos da América<sup>(79-80)</sup> (*Agency for Healthcare Research and Quality* e o *Institute for Healthcare Improvement*) e Canadá<sup>(81)</sup> (*Canadian Patient Safety Institute*). No Brasil<sup>(82)</sup>, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o órgão governamental que atua para promover a segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde consonante com as normativas da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A primeira grande iniciativa global foi idealizada pela OMS em outubro de 2004, na 57ª Assembleia Mundial da Saúde e intitulada **Aliança Mundial pela Segurança do Paciente**<sup>(7)</sup>. O objetivo principal desta aliança foi despertar a consciência e o comprometimento político, a fim de, melhorar a segurança na assistência, apoiando os países de todo o mundo no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para a segurança do paciente.

A Aliança estabeleceu 12 áreas de ação, sendo a primeira – o **Desafio Global para a Segurança do Paciente** – que pressupõe o comprometimento em ações de segurança do paciente para três áreas de risco: infecção, cirurgia e medicamentos. A partir de então, foram lançadas três campanhas a serem desenvolvidas pelas instituições de saúde: 1) Uma assistência limpa é uma assistência mais segura<sup>(83-84)</sup>; 2) Cirurgias Seguras Salvam Vidas<sup>(85-86)</sup>; e recentemente, 3) Medicação sem danos<sup>(87)</sup>. No ano seguinte à criação da Aliança, em 2005, a OMS em parceria com a *Joint Commission International*<sup>(8)</sup>, estabeleceram as **Metas Internacionais para a Segurança do Paciente**, com o objetivo de promover melhorias específicas naquelas situações da assistência consideradas de maior risco, sendo elas: 1) Identificar corretamente os pacientes; 2) Melhorar a eficácia da comunicação; 3) Melhorar a segurança de medicamentos de alto risco; 4) Garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia no paciente correto; 5) Reduzir o risco de infecções relacionadas a assistência em saúde; e 6) Reduzir o risco de danos aos pacientes em decorrência de quedas.



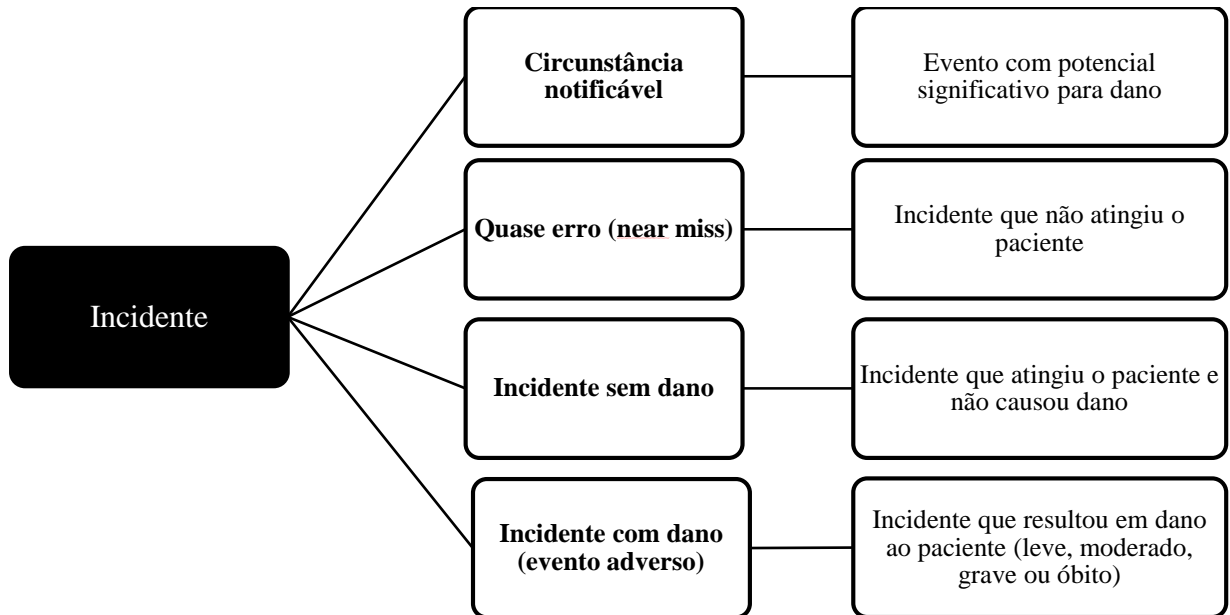
Outras iniciativas ganharam notoriedade, como a **Campanha Protegendo 5 milhões de Vidas**<sup>(88)</sup>, lançada em 2006 pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o objetivo de reduzir um terço dos eventos adversos causados durante a hospitalização, a partir da implantação de 12 intervenções baseadas nas melhores evidências científicas: 1) Times de resposta rápida; 2) Manejo do infarto agudo do miocárdio; 3) Prevenção de evento adverso relacionado a medicamentos; 4) Prevenção de infecção relacionada a cateter; 5) Prevenção de infecção do sítio cirúrgico; 6) Prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica; 7) Prevenção de evento adverso relacionado a drogas alto risco; 8) Prevenção de complicações cirúrgicas; 9) Prevenção de úlceras por pressão; 10) Prevenção de infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA); 11) Manejo de insuficiência cardíaca congestiva; 12) Envolvimento da liderança.

Como estratégia de organização e padronização de conceitos para fins estatísticos, pesquisa e até mesmo para comparações externas, a OMS em 2009, publicou a **Taxonomia em Segurança do Paciente**<sup>(62)</sup>. Alguns conceitos merecem destaque:

- a) **Segurança do Paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- b) **Risco:** probabilidade de um incidente ocorrer;
- c) **Evento:** algo que acontece ou envolve um paciente;
- d) **Incidente:** é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente. Incidentes podem ser oriundos de atos intencionais (violação) ou não-intencionais (erro):
  - **Erro:** definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. São, por definição, atos não-intencionais;
  - **Violação:** divergência deliberada de um procedimento cirúrgico, um padrão ou uma regra. São atos intencionais, embora raramente maliciosas, e podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos.

Os incidentes são classificados em quatro tipos, conforme Figura 2.

Figura 2 - Classificação dos incidentes conforme Organização Mundial da Saúde



Fonte: Adaptado livremente de WHO<sup>(62)</sup>.

- e) **Dano:** dano da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo. Inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte, e pode, assim, ser física, social ou psicológica. Quanto ao grau de dano, os incidentes poderão ser classificados em:
- **Nenhum:** Nenhum sintoma, ou nenhum sintoma detectado e não foi necessário nenhum tratamento;
  - **Leve:** Sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida, e apenas intervenções mínimas sendo necessárias (ex.: observação extra, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve);
  - **Moderado:** Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (ex.: procedimento terapêutico adicional, tratamento adicional), com aumento do tempo de internação, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo;
  - **Grave:** Paciente sintomático, necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.

- **Óbito:** Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte.
- f) **Dano associado ao cuidado de saúde:** dano surgido por ou associado a planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde em vez de a uma doença de base ou lesão.

No Brasil, a preocupação se oficializa quando o Ministério da Saúde instituiu o **Programa Nacional de Segurança do Paciente** – PNSP por meio da Portaria MS/GM nº 529<sup>(9)</sup>, em 1º de abril de 2013, com a missão de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde e a ANVISA publicou a RDC nº 36<sup>(10)</sup>, em 25 de julho do mesmo ano, estabelecendo ações de Segurança do Paciente para instituições de saúde e a obrigatoriedade de implantação de seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: a) Identificação do Paciente<sup>(89)</sup>; b) Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos<sup>(90)</sup>; c) Cirurgias Seguras<sup>(91)</sup>; d) Higiene das Mãos<sup>(92)</sup>; e) Prevenção de Quedas<sup>(93)</sup>; f) Prevenção de Úlcera por Pressão<sup>(94)</sup>.

O PNSP tem quatro eixos de atuação, sendo que a cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses eixos<sup>(95)</sup>: a) Estímulo a uma prática assistencial segura; b) Envolvimento do cidadão na sua segurança; c) Inclusão do tema no ensino; d) Incremento de pesquisa sobre o tema.

Na assistência, se reforça a necessidade de um olhar ampliado para os múltiplos fatores que colocam em risco a segurança do paciente e para a mudança da cultura de punição, que castiga o profissional e não avalia o contexto no qual o evento ocorreu<sup>(96)</sup>. No ensino, se destaca a inclusão do tema no nível técnico, graduação e pós-graduação de cursos na área da saúde, além da educação permanente dos profissionais de saúde em suas instituições<sup>(95)</sup>. O foco da investigação científica deve concentrar-se em mensurar o dano e os tipos de dano, compreender as causas que contribuíram para o incidente, desenvolver soluções e sistemas de aprendizagem para implementação destas, avaliar o impacto e transpor as evidências de pesquisa em cuidados mais seguros para normas e práticas<sup>(18)</sup>.

Ainda como iniciativa do governo brasileiro, uma parceria entre o Ministério da Saúde e cinco hospitais de excelência, por meio do PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde) com a participação do IHI (*Institute for Healthcare Improvement*) lançaram o Projeto “**Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil 2017-2020**”, com o objetivo de, em três anos, reduzir os índices de infecção, relacionada a assistência em saúde e desta forma, salvar 8.500 vidas nas 120 Unidades de Terapia Intensiva dos hospitais participantes do projeto e reduzir em R\$1,2 bilhão os desperdícios relacionados a insegurança<sup>(97)</sup>.

A Enfermagem, como categoria engajada no movimento pela Segurança do Paciente, se organiza em rede desde 2008, quando foi constituída formalmente a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), vinculada a Rede Internacional da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A rede é uma estratégia de vinculação, cooperação e sinergia entre pessoas, instituições, organizações e programas, interessados no desenvolvimento dos cuidados de saúde, gestão, pesquisa e informação, além da educação inicial e permanente da enfermagem, com a finalidade de contribuir para a promoção e proteção da saúde humana, melhoria permanente da qualidade dos serviços e promover o acesso universal e equitativo dos cuidados de saúde no Brasil<sup>(98-99)</sup>.

A implementação de estratégias para uma assistência segura, confiável e efetiva se constitui de um grande desafio para as instituições de saúde. Com o objetivo de orientar sobre como integrar e ordenar os esforços de melhoria, um grupo de especialistas do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e da *Safe Reliable Healthcare* (SRH) apresentaram um referencial, construído ao longo de 15 anos, que dá às organizações uma compreensão mais clara de como alcançar este desafio, representado na Figura 3<sup>(100)</sup>:

Figura 3 - Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo



Fonte: Frankel<sup>(100:8)</sup>.

O referencial é constituído por dois grandes domínios – cultura e sistema de aprendizagem, com nove componentes inter-relacionados – liderança, segurança psicológica, responsabilização, trabalho em equipe e comunicação, negociação, aprendizagem contínua, melhoria e medição, confiabilidade e transparência. No centro do referencial, está o envolvimento dos pacientes e seus familiares, significando que todos os esforços devem ter por objetivo, em todo o contínuo da assistência, alcançar os melhores resultados para os pacientes e suas famílias.

A cultura se caracteriza como a base para a construção de um sistema de aprendizagem e este, pela capacidade de realizar autorreflexão e identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria. Ambos domínios se reforçam mutuamente, identificando e resolvendo aspectos gerenciais e operacionais. Na sequência, os objetivos de cada componente são sucintamente descritos, mas retomados no capítulo quatro e na discussão desta tese.

**Liderança** é o componente comum dos dois domínios e tem como objetivo facilitar e orientar o trabalho em equipe, os processos de melhoria, o respeito e a segurança psicológica.

**Segurança psicológica**, como componente da cultura, diz respeito a criar um ambiente no qual os profissionais se sintam confortáveis e tem oportunidades para expressar suas preocupações ou fazer perguntas; **responsabilização**, fazer com que os profissionais atuem de forma segura e respeitosa, tendo recebido treinamento e apoio para fazê-lo; **trabalho em equipe**, desenvolver uma compreensão comum, prever as necessidades e problemas e estabelecer métodos consensuais para geri-los, bem como situações de conflito; e, **negociação**, chegar a um consenso genuíno sobre questões importantes para os membros da equipe, os pacientes e família.

Os componentes do sistema de aprendizagem dizem respeito a: **transparência**, que significa partilhar abertamente dados e informações relativos ao cuidado seguro, respeitoso e confiável com profissionais, parceiros e família; **confiabilidade**, aplicar as melhores evidências e minimizar a variação que não decorre das especificidades dos pacientes, com o objetivo de alcançar uma operação sem falhas ao longo do tempo; **melhoria e medição**, melhorar os processos de trabalho os resultados do cuidado usando ferramentas de melhoria padronizadas, incluindo medições ao longo do tempo; e, **aprendizagem contínua**, identificar regularmente os defeitos e os êxitos e aprender com eles.

Ao longo destes anos, progressos importantes foram evidenciados, contudo as questões de segurança são muito mais complexas do que se imaginava no início do ano 2000, quando o relatório “Errar é Humano” foi publicado. O avanço da segurança do paciente exige mudanças abrangentes das atuais intervenções reativas e pontuais para uma abordagem global de sistemas

de segurança, que significa a priorização da cultura de segurança pela liderança e a preocupação com o bem-estar e a segurança dos profissionais de saúde<sup>(1)</sup>.

Na lógica, por uma abordagem sistêmica, o foco de atenção da segurança do paciente é ampliado dos estabelecimentos hospitalares para todos os tipos de serviços de saúde, considerando o grande número de procedimentos ambulatoriais e de atenção à saúde que ocorrem nos mais diversos estabelecimentos existentes. O relatório de um painel de especialistas que teve como objetivo detalhar as recomendações específicas para acelerar o progresso da segurança do paciente identificou oito ações<sup>(1)</sup>:

- a) **Garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança** – melhorar a segurança exige uma cultura organizacional que habilite e priorize a segurança. Esta, segundo os especialistas, é a recomendação mais importante do relatório;
- b) **Criar supervisão centralizada e coordenada da segurança do paciente** – otimizar estratégias de segurança requer envolvimento, coordenação e supervisão de órgãos dirigentes nacionais e organizações voltadas para a segurança do paciente;
- c) **Criar um conjunto comum de métricas de segurança que reflitam resultados significativos** – mensurar é ação primordial para promoção de melhorias sendo necessário o estabelecimento de métricas padrão em todo o universo da assistência à saúde e mensuração proativa de riscos e perigos;
- d) **Aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente e na ciência da implementação** – desenvolver a ciência da segurança e da implementação para melhor compreender os riscos e como preveni-los;
- e) **Abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde** – oferecer assistência com segurança em todos os ambientes desenvolvendo e avaliando ferramentas, processos e estruturas de trabalho;
- f) **Apoiar a mão de obra de assistência à saúde** – promover segurança, ânimo e bem-estar dos profissionais, desenvolvendo seus mais altos potenciais como curadores;
- g) **Associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura** – engajar pacientes e seus familiares ativamente em todos os níveis da assistência garantindo uma participação efetiva durante todo o processo assistencial;
- h) **Garantir que a tecnologia seja segura e otimizada para aumentar a segurança do paciente** – otimizar o *design* e a implementação da tecnologia para melhorar a segurança minimizando riscos.

A segurança do paciente, como ciência, é um campo relativamente novo e ainda em construção. Na busca por estratégias que garantam uma assistência segura aos pacientes e suas famílias, aos profissionais, às instituições e ao sistema de saúde, partilhar de uma cultura de segurança positiva emerge como um requisito essencial a ser alcançado. O desenvolvimento e aprimoramento de uma cultura de segurança está relacionado com a cultura organizacional já presente em uma instituição, portanto, há de se compreender essa última, para que a segurança do paciente seja concebida pela organização.

### 3.3 CULTURA ORGANIZACIONAL

Cultura é a chave para a excelência organizacional<sup>(101)</sup>. A sustentação para esta afirmativa se inicia com a definição e o entendimento do complexo conceito de cultura organizacional, que é um fenômeno extremamente abrangente e explicado tanto pelas correntes teóricas da antropologia, da psicologia e da sociologia quanto pelas abordagens empresariais<sup>(102-103)</sup>.

A explosão de estudos sobre cultura organizacional ocorreu a partir da década de 1980, quando os pesquisadores perceberam que esta dimensão é uma forte influenciadora do comportamento de organizações, grupos e indivíduos, interferindo na gestão interna das empresas, bem como, no modo como se relacionam e reagem às pressões ambientais<sup>(104)</sup>.

Enquanto nas décadas de 60 e 70, quando iniciaram as primeiras publicações, a atenção se concentrava no comportamento econômico e nos aspectos racionais das organizações, a preocupação atual consiste em identificar a ligação emocional e subjetiva dos membros de uma organização<sup>(102)</sup>.

A cultura organizacional desempenha um papel fundamental na determinação do sucesso ou fracasso de uma organização, porém, não há um consenso aparente sobre a forma de descrever cultura de uma organização. Os conceitos utilizados versam sobre atitudes dentro de uma organização, conjunto de valores, crenças e regras de condutas; identidade organizacional; regularidade de comportamentos observados, quando as pessoas interagem; normas grupais; filosofia formal; regras do jogo; clima; competências incorporadas; hábitos de pensamento, modelos mentais e paradigmas linguísticos; significados compartilhados; metáforas raízes ou símbolos de integração<sup>(102, 105-106)</sup>.

O referencial teórico proposto por Schein é considerado um dos mais ricos da literatura<sup>(107-108)</sup> e o adotado para sustentar esta tese. Para este autor, Cultura Organizacional é a



estrutura de pressupostos fundamentais estabelecida, descoberta ou desenvolvida por dado grupo no processo de aprendizagem de solução de problemas de adaptação externa e integração interna que, tendo funcionado suficientemente bem para ser admitida como válida, deve, portanto, ser ensinada aos novos membros do grupo como a maneira correta de perceber, pensar e sentir aqueles problemas<sup>(101:3)</sup>.

A cultura se expressa e explica como a organização direciona o seu dia a dia no trabalho, as formas de comunicação, as regras, práticas e costumes que orientam a vida da organização. É uma construção social que deriva de um processo de aprendizagem coletiva, processo este, que permite a definição e a sustentação de ações planejadas e articuladas aos objetivos e às estratégias organizacionais. É um fenômeno dinâmico, constantemente desempenhada e criada por interações sociais e moldada por comportamento de liderança. Schein, acredita que cultura e liderança são dois lados da mesma moeda e que as culturas se iniciam com as imposições de valores e suposições dos líderes a um grupo<sup>(106)</sup>.

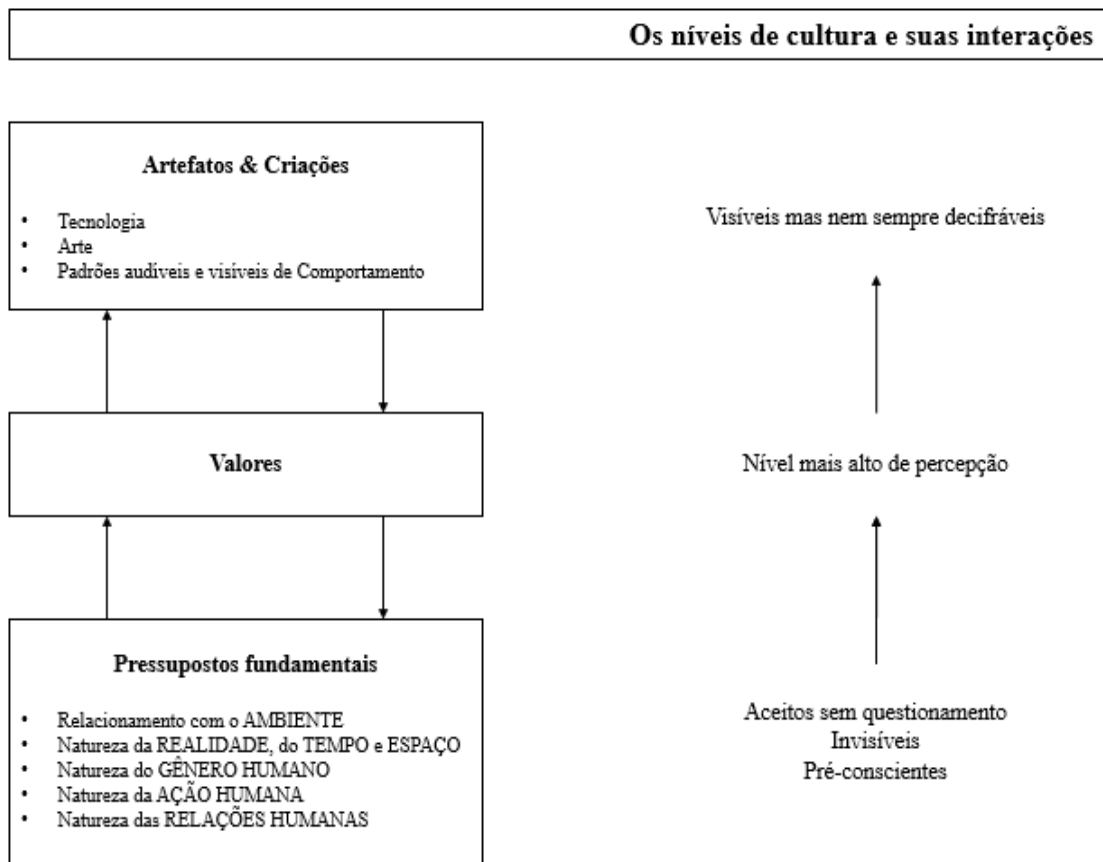
No conceito de cultura reconhece-se quatro elementos críticos e implícitos<sup>(106)</sup>:

- a) **Estabilidade estrutural:** cultura tem implicação com algum nível de estabilidade no grupo. Algo “cultural” não é apenas compartilhado, mas estável, porque define o grupo. A cultura sobrevive mesmo quando membros deixam a organização e é difícil de ser modificada porque os membros valorizam a estabilidade no que ela fornece significado e previsibilidade;
- b) **Profundidade:** frequentemente a cultura é inconsciente, pouco tangível e visível, por isso profunda. O que a maioria dos conceitos analisa são manifestações culturais, mas não são a essência do que entende-se por cultura;
- c) **Extensão:** uma vez desenvolvida, a cultura cobre todo o funcionamento de um grupo. É universal e influencia todos os aspectos do gerenciamento de uma organização;
- d) **Padronização ou integração:** esta característica vincula vários elementos e se situa em um nível mais profundo. Implica que rituais, clima, valores e comportamentos vinculam-se em um todo coerente e essa integração é a essência do que entende-se por cultura e deriva da necessidade humana de tornar nosso ambiente o mais sensível e ordeiro possível.

Cultura como conceito é uma abstração, mas suas consequências comportamentais são muito concretas. Se desejarmos de fato decifrar a cultura de uma organização, devemos buscar abaixo da superfície da organização (além dos “artefatos visíveis”) e descobrir os pressupostos fundamentais subjacentes, que constituem o núcleo da cultura da organização, assim representado na Figura 4:



Figura 4 - Níveis da cultura organizacional e suas interações



Fonte: Adaptado livremente de Schein<sup>(101)</sup>.

Por *artefatos* se entende todas as manifestações que são visíveis, audíveis e sentidas quando se tem o primeiro contato com uma cultura desconhecida: o ambiente da organização, sua arquitetura, tecnologia, disposição dos ambientes, a maneira das pessoas se vestirem, padrões visíveis e audíveis de comportamento, documentos de conhecimento geral como regulamentos e manuais de orientação dos funcionários. Através da análise dos artefatos podemos descrever “como” um grupo estrutura seu ambiente e “quais” os padrões de comportamento são discerníveis entre os membros, porém não compreendemos a lógica subjacente que é “por que” o grupo se comporta do modo como o faz.

Para compreender este “por que”, busca-se pelos valores que regem o comportamento. É difícil identificar valores pela observação direta, torna-se necessário inferi-los por meio de entrevistas ou pela análise dos artefatos (documentos, regulamentos e normas) sendo assim, os valores se concentram naquilo que as pessoas dizem ser a razão de seu comportamento ou a

razão que gostariam que fosse. Ainda neste nível da cultura, as razões subjacentes para o comportamento permanecem ocultas ou inconscientes.

A compreensão de fato de uma cultura implica em descobrir os pressupostos fundamentais, que tipicamente são inconscientes, mas determinam o modo como os membros do grupo percebem, pensam e sentem. Estes pressupostos tiveram começo como valores, estes que levam a um comportamento e quando esse comportamento começa a resolver o problema que o estimulou pela primeira vez, este valor se transforma em uma pressuposição que explica como as coisas são e, à medida que essa pressuposição passa a ser admitida como inquestionável, ela desaparece da percepção consciente. Pressupostos inquestionáveis são tão poderosos porque não são submetidos a debates ou confrontos, a repetição continuada e bem-sucedida de certos processos faz com que eles se tornem inconscientes, estruturados dentro de um esquema de “paradigmas” – conjunto de pressupostos que se interpenetram, formando um padrão coerente. Cinco pressupostos fundamentais determinam a formação dos paradigmas culturais em uma organização<sup>(101)</sup>:

- a) **Relacionamento da organização com seu ambiente:** forma como os membros-chave da organização veem o relacionamento (dominância, submissão, harmonização, etc.);
- b) **Natureza da realidade:** regras linguísticas e comportamentais que definem o que é, e o que não é real;
- c) **Natureza do gênero humano:** significado de ser humano e os atributos considerados intrínsecos ou definitivos, natureza humana.
- d) **Natureza da ação humana:** o que é visto como certo que os seres humanos façam, com base nos pressupostos acima sobre a realidade, ambiente e o gênero humano;
- e) **Natureza dos relacionamentos humanos:** maneira correta para as pessoas se relacionarem umas com as outras.

Cultura só existe se existir um grupo que a possua. Por grupo, entende-se o conjunto de pessoas que estão juntas por um tempo suficiente para terem partilhado problemas significantes, que tiveram a oportunidade de resolver esses problemas e de observar os efeitos das soluções propostas e, que admitiram novos membros. Se um grupo passa adiante com convicção, elementos de uma maneira de perceber, pensar e sentir, pode-se inferir que o grupo teve estabilidade e compartilhou experiências para ter desenvolvido uma cultura<sup>(101)</sup>.

A homogeneidade e a estabilidade dos membros somados a extensão e intensidade das experiências partilhadas pelo grupo são os fatores que determinam a robustez da cultura. Em

uma organização, com uma cultura forte e estável, como unidades militares, mesmo com taxas elevadas de rotatividade nos escalões inferiores ou entre membros de pouca influência na estrutura, sobreviverá, pois os novos membros são integrados e de maneira rápida<sup>(101)</sup>.

Em organizações constituídas por subgrupos estáveis em termos funcionais, divisionais, geográficos ou hierárquicos é possível que tenham múltiplas culturas dentro de si e ainda, que estas múltiplas culturas estejam em conflito, umas com as outras, de tal modo, que não exista uma cultura corporativa única, a menos que a experiência conjunta corporativa no escalão superior das diversas subculturas for forte. Dessa forma, a cultura de uma organização pode ser homogênea ou heterogênea, dependendo do grau de semelhança ou diferença das culturas dos subgrupos<sup>(101)</sup>.

E com relação a existência de cultura nas profissões, Schein, admite que se uma profissão envolve intenso período de educação e aprendizagem, haverá certamente uma aprendizagem compartilhada de atitudes, normas e valores, que por fim, se tornarão suposições assumidas como verdadeiras pelos membros dessas profissões<sup>(106)</sup>.

Para Schein, a cultura vai além das normas e valores de um grupo, ela é o *resultado último* do sucesso repetido e do processo de aceitar as coisas como certas sem questionamento. O que faz algo se tornar “cultural” para este autor é a qualidade de ser “aceita como certa, sem questionamento”<sup>(101)</sup>. Embora, cultura seja algo em constante formação, o processo evolucionário não altera aquilo que esteja tão assimilado, que se tornou permanente na vida do grupo, essas partes mais profundamente arraigadas da cultura, simplesmente não mudam, ou mudam somente de maneira muito lenta. Mudanças culturais podem ser provocadas com a entrada de novos membros, especialmente se estes forem admitidos nos níveis hierárquicos mais altos da organização<sup>(101)</sup>.

Compreender a construção e as implicações da cultura organizacional na dinâmica das organizações pode contribuir para a incorporação da cultura de segurança do paciente no complexo cenário das instituições hospitalares.

### 3.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

É fato que a assistência aos pacientes está cada vez mais complexa, em decorrência da mudança do perfil sociodemográfico da população, dos avanços tecnológicos, da escassez de recursos humanos qualificados e capacitados, de influências político-econômicas e da redução de investimentos na área da saúde. No Sistema de Saúde Brasileiro, ainda se tem um agravante: a limitada profissionalização da gestão na maioria dos hospitais e, como consequências disso,

a falta de governança corporativa e administrativa, limitações de registro, acesso e qualidade das informações e a inexistência de uma cultura de qualidade e segurança do paciente voltada à satisfação dos usuários em muitas instituições do país<sup>(110)</sup>.

E, é neste complexo cenário, de elevado risco para a ocorrência de incidentes, erros e falhas humanas que a cultura de segurança do paciente adquire espaço, despertando o interesse de profissionais e pesquisadores, visto que, esta reflete o comprometimento de todos com a promoção contínua de um ambiente de trabalho seguro e influencia comportamentos e resultados, tanto para pacientes quanto para os profissionais e à própria organização.

O termo cultura de segurança foi descrito pela primeira vez no relatório inicial sobre o acidente de Chernobyl em meados da década de 80, para explicar os erros organizacionais e violações operacionais que estabeleceram as condições para este desastre, considerado o pior acidente nuclear da história em termos de custo e de mortes resultantes, de acordo com a *International Atomic Energy Agency (IAEA)*<sup>(17)</sup>.

A partir dos anos de 1990, a cultura de segurança foi alvo de um grande desenvolvimento de estudos com o objetivo de conceituá-la e desenvolver instrumentos de avaliação. O conceito de cultura de segurança tem sua origem nos estudos realizados por Organizações de Alta Confiabilidade – aviação, usina nuclear, indústria petrolífera – que a partir da investigação de grandes acidentes no passado, como a explosão na plataforma Piper Alpha localizada no Mar do Norte da Europa que matou 167 pessoas, aprenderam com seus erros e atualmente são exemplos de organizações seguras, com lições a serem aprendidas pelas instituições de saúde<sup>(11)</sup>.

As Organizações de Alta Confiabilidade compartilham as seguintes características comuns, ainda não desenvolvidas por organizações de cuidados de saúde (ou pelo menos, pela maioria destas)<sup>(11,111-112)</sup>:

- **Preocupação com as falhas:** reconhecem o risco e a tendência ao erro inerente às atividades organizacionais e são determinados de forma consciente a atingir a segurança nas suas atividades;
- **Compromisso com a Resiliência:** desenvolvem a capacidade para detectar precocemente ameaças inesperadas e contê-las ou recuperar-se após a sua ocorrência;
- **Sensibilidade às operações:** consideram os problemas enfrentados pela linha de frente e profissionais tem autonomia para identificar e responder a ameaças;

- **Cultura de segurança:** partilham de uma cultura onde os profissionais se sentem confortáveis para relatar riscos potenciais ou falhas reais sem medo de censura por parte de seus superiores.

James Reason, psicólogo e pesquisador sobre Erro Humano, mundialmente reconhecido<sup>(113)</sup>, descreve a cultura de segurança como: “*algo almejado, mas raramente atingido*”<sup>(114)</sup>. Alguns pesquisadores a consideram uma particularidade da cultura organizacional, existindo quando esta prioriza a segurança do trabalho e definida como o

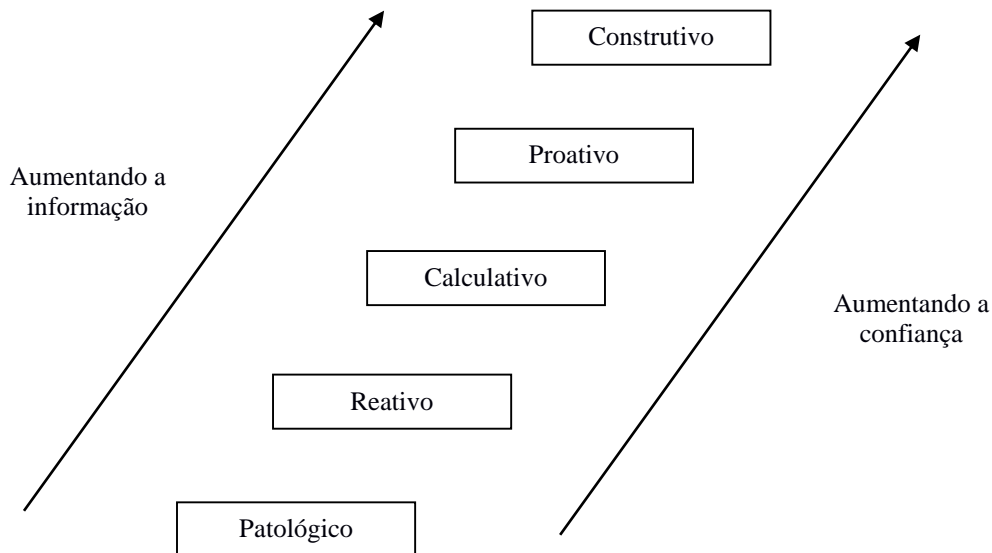
produto de valores, atitudes, percepção, competências e padrão de comportamento de indivíduos e grupos que determinam o comprometimento, o estilo e a proficiência do gerenciamento da segurança do trabalho da organização. Organizações com culturas de segurança positivas são caracterizadas pela comunicação fundada na confiança mútua, pela percepção compartilhada da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas<sup>(115:23)</sup>.

A cultura de segurança de uma instituição pode se apresentar em graus diferentes de maturidade e progredir ao longo do tempo. Hudson propôs um modelo de maturidade (figura 5) com cinco estágios onde a cultura de segurança evolui de um estágio inicial, o patológico, até o estágio ideal, o construtivo<sup>(11)</sup>:

- **Estágio Patológico (*Pathological*):** não há ações de segurança do trabalho na organização, o máximo que se faz é atender à legislação. A segurança é vista como um problema causado pelos trabalhadores;
- **Estágio Reativo (*Reactive*):** as ações da organização são realizadas somente depois da ocorrência de um incidente. As ações não são sistemáticas, busca dar respostas procurando remediar a situação;
- **Estágio Calculativo (*Calculative*):** a organização tem sistema para gerenciar riscos nos locais de trabalho, mas ainda não tem a visão sistêmica da saúde, segurança e meio ambiente. As ações são muito verticalizadas e voltadas para quantificar os riscos;
- **Estágio Proativo (*Proactive*):** é o desenvolvimento do estágio de transição para o estágio da cultura construtiva. Os líderes, com base nos valores organizacionais, conduzem melhorias contínuas. Neste estágio, procura-se antecipar aos problemas antes que incidentes aconteçam;
- **Estágio Construtivo (*Generative*):** existe um sistema integrado de saúde, segurança e meio ambiente, no qual a organização se baseia e se orienta para realizar seus negócios. A organização tem as informações necessárias para gerir o sistema de segurança do trabalho, está constantemente tentando melhorar e

encontrar as melhores formas de controlar os riscos. Neste estágio, há a participação de todos os níveis da organização, com aumento da confiança.

Figura 5 - Modelo de maturidade da cultura de segurança proposto por Hudson



Fonte: Adaptado livremente de Hudson<sup>(11)</sup>.

A necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em termos organizacionais, como medida fundamental ao processo de melhoria e reformulação do sistema de saúde foi enfatizada pelo relatório *Errar é humano* em 1999, como uma das prioridades a serem desenvolvidas<sup>(2)</sup>. Partilhar uma cultura de segurança positiva nas organizações emerge, a partir deste marco, como um requisito essencial para a minimização dos erros e incidentes.

Adaptado do conceito das indústrias de alta confiabilidade para o contexto da segurança do paciente nas instituições de saúde, cultura de segurança de uma organização foi definida por Nieva em 2003, como: “produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança”<sup>(13:18)</sup>.

Aspectos importantes relacionados a cultura de segurança das OAC, em comparação com a cultura dominante nas instituições de saúde, apontam que nas primeiras há a crença de que algo pode sair errado, tem foco sobre a confiabilidade do sistema, busca-se entender e aprender o que não se conhece e há valorização do trabalho em equipe. Já nas organizações de saúde, a crença é de que tudo vai dar certo, o foco é na eficiência do sistema, os profissionais acreditam que sabem tudo o que se precisa saber e há elevados gradientes de hierarquia entre os profissionais<sup>(116)</sup>.

Na literatura, tanto em estudos com foco industrial quanto naqueles voltados a instituições de saúde, observa-se a utilização do termo cultura e clima de segurança com pouca ou nenhuma diferenciação. Contudo, o termo clima de segurança é conceituado como as características superficiais da cultura de segurança, a partir das atitudes e percepções dos indivíduos em um determinado ponto no tempo, ou como os componentes mensuráveis da cultura de segurança<sup>(117)</sup>. Nesta tese, será utilizado o termo cultura de segurança do paciente.

O conceito de cultura de segurança do paciente é transcrito no PNSP, a partir da taxonomia da OMS<sup>(62)</sup>, como

uma cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; promove a partir da ocorrência de incidentes o aprendizado organizacional; e proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança<sup>(14:15)</sup>.

A abordagem tradicional de culpar e/ou punir um profissional diante de um incidente, ainda é presente nos sistemas de saúde. A ideia de que o profissional da saúde não pode errar está disseminada na sociedade e entre os profissionais de saúde, poucos se dão conta que errar é humano, tem-se a noção equivocada de que os “bons profissionais não erram” e que “basta ter atenção que não há erro”. Estes são dois obstáculos a serem superados para o fortalecimento da cultura em uma organização de saúde<sup>(15,62)</sup>.

O movimento pela segurança do paciente propõe a busca pela cultura de segurança do mesmo e aponta para as deficiências do sistema, em sua concepção, organização e funcionamento como principais responsáveis diante da ocorrência de um incidente, ao contrário de culpar o profissional isoladamente. A premissa é de que seres humanos cometem falhas, portanto, erros (conceituado como atos não intencionais) são esperados. Não se pode mudar a condição humana, mas é possível modificar as condições de trabalho sobre os quais os humanos trabalham e assim criar defesas no sistema<sup>(15,17,112)</sup>.

O modelo intelectual proposto por James Reason a partir de inúmeras investigações de acidentes nas OAC, conhecido como *Teoria do queijo suíço*, tem sido amplamente adotado para compreensão desta segurança sistêmica<sup>(113)</sup>. A metáfora consiste em múltiplas fatias de queijo suíço, colocadas lado a lado como barreiras à ocorrência de erros, sendo que em algumas situações, os buracos do queijo se alinham, permitindo que um erro passe pelas múltiplas barreiras causando o dano. O modelo enfatiza que em organizações complexas, um erro cometido em uma única “ponta” raramente é suficiente para causar danos. Ao contrário disto,

para um resultado devastador, sucessivas barreiras de proteção são penetradas até a ocorrência do dano<sup>(114,118)</sup>.

Espera-se que uma cultura de segurança seja **Justa** – estabeleça consenso entre comportamento aceitável e inaceitável, distinguindo erro humano, comportamento de risco e comportamento imprudente e/ou negligente, com tolerância zero para este último; **Transparente** – privilegie a notificação de incidentes, a análise e divulgação das informações, encorajando os profissionais a falar sobre seus erros; e, **Educativa** – promova o aprendizado institucional a partir da ocorrência de um incidente<sup>(15,17)</sup>.

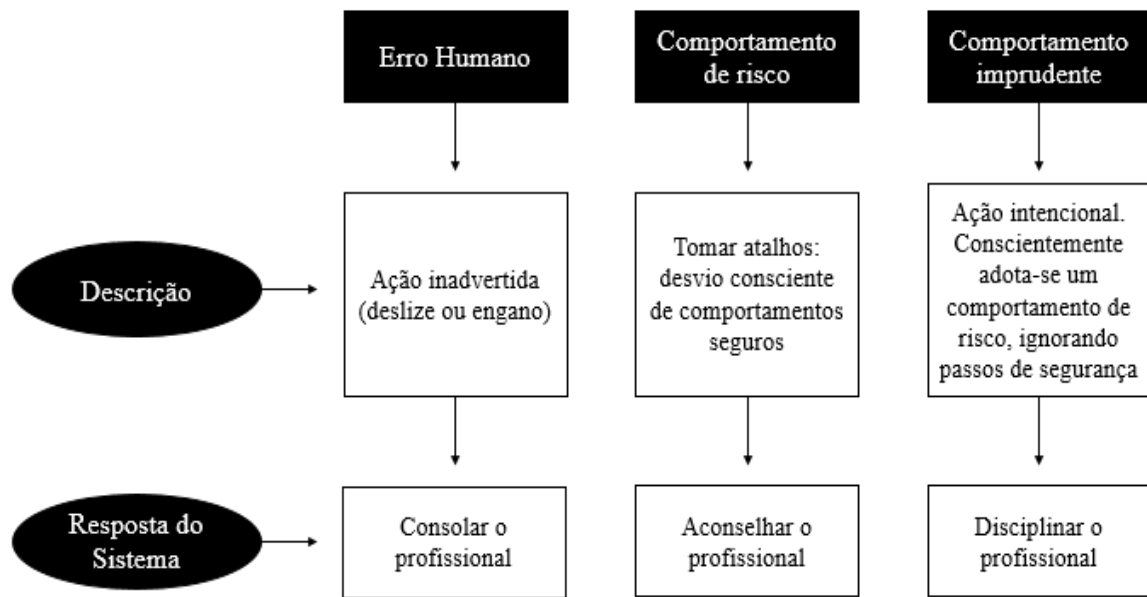
A cultura justa talvez seja uma das premissas mais importantes, e é uma consequência natural da compreensão da Teoria do queijo suíço e do conhecimento sobre erros humanos e violações. Os incidentes ocorrem como consequência de um conjunto sequencial de falhas ativas e condições latentes. As primeiras, referem-se aos atos inseguros cometidos por pessoas que estão em contato direto com o paciente ou com o sistema e falhas latentes são as condições inevitáveis presentes no sistema, como falta de treinamento, supervisão inadequada, estrutura física, tecnologia obsoleta, entre outras. Ao contrário das falhas ativas, que muitas vezes são difíceis de prever, as condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes que ocorra um evento adverso e isso leva a uma gestão proativa e não reativa do risco<sup>(119)</sup>. Cultura justa, é não punir os profissionais quando o erro é do sistema.

Na psicologia do erro, Reason analisa os diferentes tipos e os classifica em dois grandes tipos: deslizos e lapsos, como sendo erros de ação (falta de atenção, falha de memória) e enganos, que indicam, de forma mais ampla, um erro de conhecimento e planejamento<sup>(119)</sup>. Ainda, este autor discute as violações que, diferentemente do erro, são atos intencionais que, por alguma razão, se desviam do curso de ação normal esperado podendo ser uma violação rotineira (usar atalhos para economizar tempo ou ficar livre mais rápido), necessária (ignorar uma regra parece ser a única forma de realizar a tarefa) ou para aumentar a eficácia (obter ganhos pessoais)<sup>(120)</sup>.

A cultura justa, no modelo proposto por Marx<sup>(121)</sup>, distingue erro humano, comportamento de risco e comportamento imprudente, sendo que esta última categoria é digna de culpa (punição). A versão simplificada deste modelo é apresentada na sequência (figura 6) e ainda, segundo Marx, as respostas do sistema devem ser adotadas independentemente do desfecho para o paciente.



Figura 6 - Versão simplificada do modelo de cultura justa de Marx



Fonte: Adaptado livremente de Wachter<sup>(112)</sup>.

Além deste modelo proposto por Marx, outros algoritmos de Cultura Justa surgiram nos últimos anos para auxiliar as organizações e gestores a determinar quais atos representam erros humanos, comportamentos de risco ou comportamentos imprudentes (atos intencionais), sendo que apenas este último deve considerar a punição<sup>(122-123)</sup>.

Organizações de saúde que promovem o envolvimento dos profissionais nas tomadas de decisão e que desenvolvem estratégias para minimizar gradientes de autoridade e hierarquia, tendem a incorporar mais facilmente os conceitos da cultura justa<sup>(124)</sup>.

O primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança é avaliar a cultura corrente<sup>(16)</sup>. Avaliar a cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde tem sido uma proposta globalmente estimulada pela comunidade científica e pelas organizações internacionais de acreditação hospitalar. A partir da percepção dos profissionais acerca da cultura partilhada na organização, têm-se acesso aos comportamentos relacionados à segurança, bem como, às áreas e dimensões mais problemáticas, contribuindo para o planejamento e implementação de intervenções assertivas para a segurança do paciente<sup>(7,17)</sup>.

A mensuração da cultura de segurança do paciente tem como propósitos: a) diagnóstico e conscientização dos profissionais sobre o tema; b) avaliação de intervenções implementadas na organização e acompanhamento de mudanças ao longo do tempo; c) comparação com dados de referência internos e externos à organização<sup>(125)</sup>.

Pesquisas realizadas previamente com o objetivo de avaliar cultura de segurança do paciente demonstraram que a percepção dos profissionais varia consideravelmente entre hospitais e entre unidades de um mesmo hospital<sup>(19)</sup>, entre categorias profissionais<sup>(20)</sup> e entre níveis hierárquicos de atuação e gestão<sup>(21-22)</sup>. Evidências sugerem ainda, correlação entre escores de cultura de segurança e resultados clínicos, incluindo taxa de infecção relacionada a acesso vascular<sup>(23)</sup> e infecção cirúrgica<sup>(24)</sup>, assim como, associação com *burnout*<sup>(25)</sup> e indicadores gerenciais de enfermagem<sup>(26)</sup>.

A diversidade de metodologias utilizadas para avaliar a cultura de segurança em uma organização decorre da multiplicidade de definições sobre cultura e clima de segurança. A abordagem epidemiológica quantitativa, por meio de questionários de autopreenchimento é o método mais utilizado. Nas vertentes sociológica e socioantropológica utiliza-se a abordagem qualitativa com base nas técnicas de observação, entrevistas e reuniões de grupos para avaliar a cultura de segurança<sup>(126)</sup>.

Em organizações de saúde, poucos são os estudos que utilizaram abordagens qualitativas para mensurar a percepção de cultura de segurança do paciente<sup>(32,127)</sup>. A maioria, utiliza questionários como instrumento de coleta de dados, sendo estes uma eficiente estratégia por garantir o anonimato e com custo mais reduzido, se comparado às abordagens qualitativas<sup>(128)</sup>.

Estão disponíveis diversos instrumentos que se diferenciam quanto às dimensões e número de itens que mensuram, sendo que os mais utilizados mundialmente são: *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), o *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey* (PSCHO) e o *Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument* (MSI)<sup>(27)</sup>.

No Brasil, dois destes foram validados para a realidade brasileira e disponibilizados para utilização nos serviços de saúde: SAQ<sup>(28)</sup> e HSOPSC<sup>(29,129)</sup>, sendo que para este último está disponível uma versão brasileira eletrônica<sup>(130)</sup>. Uma revisão da literatura que avaliou 12 questionários concluiu que tanto o SAQ quanto o HSOPSC atendem aos critérios de confiabilidade e validade podendo ser utilizados quando se pretende avaliar a percepção de cultura de segurança no contexto hospitalar<sup>(131)</sup>. Posteriormente, um estudo que comparou especificamente as dimensões destes dois instrumentos, concluiu que ambos apresentam níveis de confiabilidade adequados e validade preditiva similar<sup>(132)</sup>.

O SAQ contém 41 itens e avalia seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gerência da unidade e do hospital, clima de segurança, condições de trabalho e percepção do estresse. O HSOPSC, apresenta 50 itens e avalia 12 dimensões de

segurança: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades hospitalares, passagens de plantão/turno e transferências internas, expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, aprendizado organizacional e melhoria contínua, trabalho em equipe no âmbito das unidades, abertura da comunicação, retroalimentação das informações e comunicação sobre os erros, respostas não punitivas aos erros, adequação de profissionais, percepção geral da segurança do paciente, frequência de eventos relatados.

Independente do instrumento a ser utilizado, mensurar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde desponta como uma importante iniciativa de aprimoramento e melhoria contínua dos processos assistenciais. O tema é complexo e estudos que corroborem com esta afirmativa são necessários para aprofundar e disseminar o conhecimento tanto no âmbito dos sistemas de saúde quanto nas práticas de ensino e pesquisa.

Neste estudo, para avaliar a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente, durante a etapa quantitativa, optou-se pela utilização do HSOPSC, por mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e dispor de um banco de dados internacional para comparação externa<sup>(133)</sup>.

O HSOPSC, foi desenvolvido e disponibilizado em 2004, pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) – agência americana dedicada a melhorar a qualidade, o acesso a serviços e a efetividade dos cuidados em saúde dos Estados Unidos da América<sup>(125)</sup>. Sua tradução e validação para diversos países, com diferentes níveis de desenvolvimento, já foi realizada e atualmente está em uso em diversos países como, por exemplo, na Noruega<sup>(134)</sup>, Holanda<sup>(135)</sup>, Reino Unido<sup>(136)</sup>, Alemanha<sup>(137)</sup>, Turquia<sup>(138)</sup>, Escócia<sup>(139)</sup>, China<sup>(140)</sup>, Espanha<sup>(141)</sup>, Japão<sup>(142)</sup>, França<sup>(143)</sup>, Irã<sup>(144)</sup>, Romênia<sup>(145)</sup>, Grécia<sup>(146)</sup> e República de Moldova<sup>(147)</sup>.

A AHRQ dispõe de um banco de dados para comparação oriunda de 680 hospitais americanos que utilizam este questionário. Os resultados apontam que trabalho em equipe no âmbito das unidades, expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, e aprendizado organizacional e melhoria contínua são as dimensões mais fortalecidas para cultura de segurança do paciente e, as áreas com maior potencial de melhoria são respostas não punitivas aos erros, adequação de profissionais e passagens de plantão/turno e transferências internas<sup>(133)</sup>.

No Brasil, até o momento, são restritas as publicações que avaliaram a cultura de segurança do paciente percebida pelos profissionais utilizando o HSOPSC. Em sua maioria, os estudos restringem-se à pesquisa com abordagem quantitativa, em uma unidade hospitalar

específica e a amostra composta por profissionais assistenciais, especialmente enfermeiros e médicos<sup>(30-34)</sup>.

O estudo de Andrade<sup>(34)</sup>, que objetivou avaliar a cultura de segurança em três hospitais com diferentes tipos de gestão (federal, estadual e privado), demonstrou que apenas o hospital privado apresentou dimensões fortalecidas para a cultura. No hospital estadual, todas as dimensões foram consideradas fragilizadas e no federal, metade das dimensões do HSOPSC foram consideradas fortalecidas.

Outro estudo brasileiro que mensurou especificamente a percepção dos profissionais de três Unidades de Terapia Intensiva de um mesmo hospital da região sudeste, demonstrou que expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, aprendizado organizacional e melhoria contínua e trabalho em equipe dentro das unidades foram as únicas dimensões consideradas fortalecidas. A dimensão resposta não punitiva ao erro foi a mais fragilizada nas três unidades<sup>(31)</sup>.

Nos estudos brasileiros publicados, a enfermagem foi a categoria profissional mais avaliada. A publicação de Silva-Batalha<sup>(32)</sup>, que apresentou os resultados da questão discursiva do HSOPSC, revelou como potencialidades para segurança do paciente o empenho da supervisão para a segurança, educação continuada e notificação de eventos para melhoria do sistema e como fragilidades, dificuldades na passagem de plantão e no trabalho em equipe, cultura punitiva e dimensionamento inadequado. O estudo de Mello e Barbosa<sup>(33)</sup>, que também apresentou os resultados de uma questão qualitativa, incluída no instrumento original do HSOPSC, solicitando a equipe de enfermagem de duas UTIs, sugestões para melhorar a segurança do paciente apontaram para capacitação e treinamento, melhoria dos processos de trabalho, incluindo-se a criação de protocolos, disponibilização de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade, bem como, dimensionamento adequado.

A literatura aponta as dimensões consideradas mais fortalecidas e fragilizadas para cultura de segurança do paciente, porém estudos que aprofundem as percepções dos profissionais de saúde, buscando identificar àqueles pressupostos fundamentais, aceitos sem questionamentos, invisíveis e pré-conscientes ainda são restritos no ambiente hospitalar. A realização de pesquisas aprofundando os dados quantitativos e desvendando-os com informações qualitativas poderá contribuir para o esclarecimento deste complexo, tema que é cultura de segurança do paciente.

## 4 MÉTODO

*“A ciência descreve as coisas como são;  
a arte, como são sentidas, como se sente que são.”*

Fernando Pessoa

A trajetória metodológica adotada para a construção desta tese inicia com a apresentação e sustentação do delineamento proposto para o estudo e, na sequência, a caracterização do local onde o mesmo foi desenvolvido. Os procedimentos utilizados para seleção dos participantes e a metodologia de coleta e análise dos dados quantitativos e informações qualitativas são apresentadas separadamente e, posteriormente, é descrita a integração destes resultados. Os aspectos éticos norteadores da pesquisa são apresentados no final deste capítulo.

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo foi delineado como pesquisa de métodos mistos<sup>(148)</sup>, caracterizando-se pelo desenho sequencial explanatório com preponderância quantitativa, esquematicamente assim representado: QUAN-qual<sup>(149)</sup>.

Métodos mistos de pesquisa têm sido estimulados atualmente em virtude da complexidade e da diversidade dos fenômenos e problemas que as ciências enfrentam, como por exemplo, temas relacionados à depressão, consumo, religiosidade, crise econômica, relações interpessoais e organizacionais, em que o uso de um único enfoque, seja qualitativo ou quantitativo, é insuficiente para trabalhar essa complexidade<sup>(148-149)</sup>. Nesta direção, pode-se citar a cultura de segurança do paciente como um tema complexo, com dimensões quantitativas e qualitativas a serem investigadas.

Os problemas de pesquisa que mais se adaptam aos métodos mistos, além desta insuficiência de um único enfoque para responder à questão de pesquisa, são aqueles onde existe uma necessidade de explicar os resultados iniciais, generalizar os achados exploratórios, melhorar um estudo com um segundo método, empregar melhor uma postura teórica ou, ainda, entender um objetivo da pesquisa por meio de múltiplas fases da pesquisa<sup>(148)</sup>.

As características essenciais recomendadas para o desenvolvimento de uma pesquisa de métodos mistos incluem<sup>(148,150)</sup>:

- a) Coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos em resposta às questões e hipóteses do estudo;

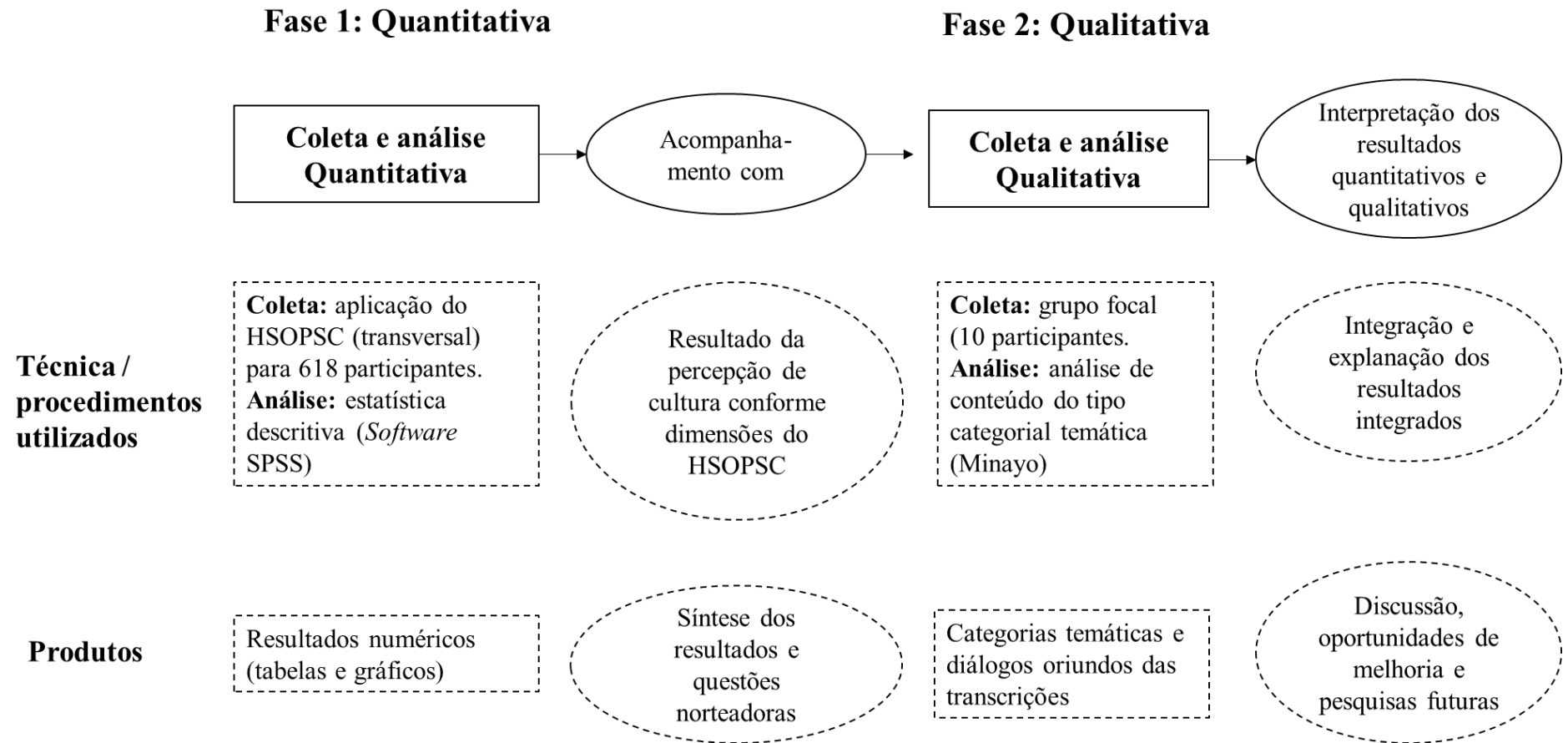
- b) Rigor na condução dos procedimentos quantitativos e qualitativos;
- c) Mistura dos dois tipos de dados, quer mesclando-os, tendo sido construído a partir do outro, quer incorporando um dentro do outro;
- d) Ênfase ou prioridade de uma ou ambas as formas de dados;
- e) Uso das duas formas de dados em um único estudo ou em uma linha sustentada de investigação de pesquisa;
- f) Estrutura os procedimentos de acordo com as visões filosóficas de mundo e lentes teóricas.

As opções de desenho mais comumente utilizadas para o desenvolvimento de uma pesquisa de métodos mistos, são o projeto paralelo convergente, sequencial explanatório, sequencial exploratório e o projeto incorporado. Creswell<sup>(148)</sup>, ainda inclui dois projetos que reúnem múltiplos elementos: o transformativo e o multifásico.

Em atenção à questão de pesquisa e aos objetivos propostos para esta tese, optou-se pelo desenho sequencial explanatório<sup>(148)</sup>. Este ocorre em duas etapas interativas distintas, que inicia com a coleta e análise dos dados quantitativos e, na sequência, a coleta e análise das informações qualitativas. Os resultados quantitativos iniciais apoiam a coleta dos dados qualitativos, sendo esta segunda etapa construída sobre os dados da primeira e os seus resultados, ajudam a explicar os resultados quantitativos iniciais. Os resultados de ambas as etapas são integrados posteriormente<sup>(148)</sup>.

Assim, o presente estudo foi conduzido em duas etapas sequenciais e inter-relacionadas, a primeira etapa foi quantitativa (transversal) para identificação da cultura de segurança do paciente percebida pelos profissionais, mediante aplicação do questionário validado e traduzido transculturalmente para o português, o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)<sup>(29)</sup>; e, na sequência, a etapa qualitativa que aprofundou e explorou os aspectos da cultura percebida e os elementos que influenciam a percepção dos profissionais, utilizando-se a técnica de grupo focal como estratégia metodológica para coleta de dados<sup>(151)</sup>. A aplicação do questionário e o grupo focal serão detalhados nos itens 4.3 e 4.4, respectivamente, deste capítulo e o diagrama representativo do desenho explanatório conduzido para a realização deste estudo está descrito na Figura 7.

Figura 7 - Diagrama representativo do desenho explanatório conduzido neste estudo



Fonte: Adaptado livremente de Creswell e Clark<sup>(148)</sup>.

A integração dos resultados quantitativos e qualitativos é uma etapa crítica deste delineamento, constituindo-se um desafio pela necessidade de se produzir um todo através desta integração, que não é a soma das duas partes. Este processo pode ocorrer em três momentos distintos: no desenho do estudo, a nível do método e durante a interpretação e apresentação dos resultados<sup>(148,152)</sup>.

O ponto de integração no desenho do estudo envolveu a conexão dos dados da etapa quantitativa para o planejamento da qualitativa, buscando explicações para os resultados encontrados na etapa inicial<sup>(148)</sup>. A nível do método, a integração ocorreu por meio de fusão, onde dados das duas bases foram reunidos para análise<sup>(152)</sup>. E, na interpretação e apresentação dos resultados, os dados foram integrados por meio de meta inferência e exibição conjunta<sup>(153)</sup>.

Na área da saúde, a devida atenção ao processo de integração dos dados quantitativos e qualitativos pode melhorar a qualidade das pesquisas de métodos mistos, gerando evidências robustas e contribuindo para a melhoria dos cuidados, dos serviços, dos sistemas e das políticas de saúde<sup>(154)</sup>.

#### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital Ernesto Dornelles, instituição hospitalar terciária, de cunho privado e geral de Porto Alegre, onde a pesquisadora exerce sua atividade profissional como Coordenadora do Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos (SEGER).

O hospital tem sua data de fundação no ano de 1962, e foi o primeiro hospital no Brasil a constituir uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar em 1964. Atualmente, conta com 320 leitos de internação, sendo 46 de terapia intensiva adulta, 10 de cuidados especiais, 14 de observação adulto e os demais distribuídos em sete unidades de internação clínico-cirúrgica. Em números absolutos, a produção média anual é de 160.000 consultas ambulatoriais eletivas, 52.000 atendimentos no serviço de urgência e emergência, 14.000 internações e 17.000 procedimentos cirúrgicos.

A instituição tem tradição e vocação cirúrgica, sendo o primeiro hospital a dispor de Sala de Recuperação Pós Anestésica no Rio Grande do Sul. Conta com 15 salas cirúrgicas, sendo três para procedimentos ambulatoriais nas mais diversas especialidades médicas, exceto transplantes. É referência em cirurgia da base do crânio e excelência em cirurgia bariátrica, conferida pela *Surgical Review Corporation* em 2012.



O Serviço de Emergência desponta como uma referência na cidade, com atendimento 24 horas para pronto atendimento clínico, emergência ortopédica e emergência cirúrgica. Segue os critérios de classificação de risco do *Emergency Severity Index* (ESI), visando qualidade e segurança para o gerenciamento do fluxo da demanda e assistência aos pacientes.

A pesquisa é incipiente na Organização, com perspectiva de crescimento. Em 2012, foi criado o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Assistencial (CPDA), com a missão de estimular a pesquisa clínica e o desenvolvimento e aprimoramento do corpo assistencial. Anterior à criação do CPDA, em 2011, foi criado o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

As relações de trabalho baseiam-se na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo o quadro de pessoal constituído por aproximadamente 1.600 colaboradores e, metade destes, profissionais da Enfermagem. O corpo clínico médico é aberto, porém, médicos emergencistas, rotineiros e com cargos de gestão são contratados, fazendo parte do corpo funcional da organização.

O hospital declara, por meio de uma Política Institucional

seu compromisso com a Segurança do Paciente garantindo qualidade e atendendo aos atributos de eficácia, efetividade, eficiência, otimização de recursos, redução de desperdício, legitimidade, equidade e foco no paciente em todos os processos da cadeia assistencial, buscando constantemente a gestão e a cultura pela segurança – justa, transparente e educativa. (Anexo D).

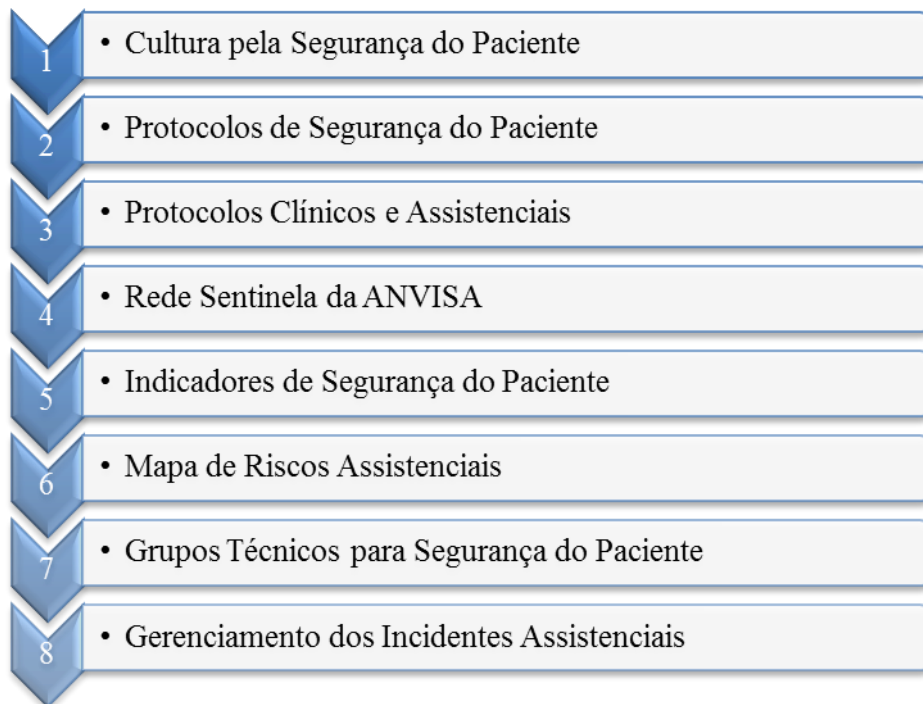
“Consolidar a Cultura de Segurança do Paciente” é um objetivo do Planejamento Estratégico institucional (Anexo E) e, na busca pela qualidade e excelência, foi certificado pela Organização Nacional de Acreditação como Hospital Acreditado (ONA 1) em 2017.

As ações para Segurança do Paciente iniciaram em 2009 quando foi oficialmente criado o Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos (SEGER) com a missão de “Garantir a segurança do paciente através do gerenciamento de riscos envolvidos nos processos assistenciais, técnicos e administrativos, implementando a cultura pela segurança do paciente e instituindo práticas de excelência.” Trata-se de um serviço independente, subordinado diretamente à Superintendência Médica, coordenado por uma enfermeira com dedicação exclusiva e conta com uma farmacêutica com dedicação parcial. Paralelamente a criação do SEGER, foi constituída a Comissão de Gerenciamento de Riscos (COGER) que norteia a Política institucional de Segurança, compreendendo além dos riscos assistenciais, o gerenciamento dos demais riscos organizacionais: ocupacional, ambiental, informação, engenharia clínica, jurídico e de imagem.

Em 2015, foi nomeado o Núcleo de Segurança do Paciente (NUSP), em atenção à legislação vigente<sup>(9-10)</sup>, com caráter de Comissão Obrigatória e constituído por um grupo multiprofissional com o objetivo de disseminar a Política de Segurança do Paciente.

As estratégias institucionais definidas para garantir a segurança do paciente são apresentadas na figura 8, e a cada ciclo do planejamento estratégico organizacional, estas são revisadas e atualizadas.

Figura 8 - Estratégias para Segurança do Paciente do Hospital Ernesto Dornelles



Fonte: Arquivos do Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos, Hospital Ernesto Dornelles.

Cada uma destas estratégias, desdobra-se em ações buscando atender ao objetivo proposto. Na busca da Cultura pela Segurança do Paciente, cinco ações são desenvolvidas, conforme apresentado na figura 9.

Figura 9 - Ações desenvolvidas no Hospital Ernesto Dornelles na busca pela cultura de segurança do paciente

<b>1. Mensuração da percepção da cultura de segurança do paciente</b>	Periodicidade bianual, desde 2017, mediante aplicação do questionário HSOPSC ( <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> ) na versão brasileira <sup>(29)</sup> .
<b>2. Programa de educação continuada</b>	No programa de integração ao novo colaborador, uma hora é destinada ao SEGER para apresentação das Metas de Segurança do paciente. Mensalmente um treinamento sobre segurança do paciente é realizado aos colaboradores.
<b>3. Líderes pela Segurança</b>	Trata-se de um grupo multidisciplinar, constituído pelas lideranças assistenciais e administrativas que reúnem-se semanalmente para discutir e implementar ações de melhorias relacionadas a segurança do paciente. Lideranças fortalecidas são ponto chave para a implementação de uma cultura de segurança do paciente <sup>(155)</sup> .
<b>4. Fórum mensal de discussão</b>	É uma reunião mensal, com a presença da alta direção, gerências, corpo clínico e lideranças onde um evento grave é relatado, apresentado as possíveis causas e sugerido planos de ação corretivos e preventivos.
<b>5. Produção científica</b>	Relatos de experiências, temas livres, pesquisas e realização de jornadas internas são estimuladas na instituição visando a disseminação do conhecimento e implementação de uma cultura de segurança do paciente.

Fonte: Arquivos do Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos, Hospital Ernesto Dornelles.

#### 4.3 PROCEDIMENTOS DA ETAPA QUANTITATIVA

##### 4.3.1 Participantes

A população do estudo foi constituída por profissionais contratados das áreas assistenciais e de apoio técnico administrativo da instituição e por médicos preceptores da residência, que são profissionais liberais e membros do corpo clínico aberto do hospital.

No momento da coleta dos dados, o número de profissionais contratados era de 1.578 e 136 médicos preceptores dos programas de residência médica.

Os critérios de inclusão definidos para a etapa quantitativa foram: a) ser profissional contratado ou preceptor da residência há mais de seis meses; b) estar presente na unidade / setor

no momento da coleta de dados; c) e, consentir em participar do estudo. Foram excluídos os médicos residentes, estagiários, jovens aprendizes e profissionais em férias, folga, licença ou ausentes no momento da coleta de dados.

A seleção da amostra foi aleatória (sorteio, pela assistente de pesquisa no momento da aplicação do questionário, após identificação dos profissionais elegíveis), considerando as proporções de cada categoria profissional, garantindo representatividade. O tamanho amostral, considerando uma prevalência de 60% do desfecho de interesse<sup>(156)</sup>, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 4 pontos percentuais foi estimado em 588 profissionais, sendo 294 indivíduos para o grupo assistencial e 294 para o grupo apoio técnico-administrativo, considerando uma diferença mínima de 10 pontos percentuais entre estes, poder de 80% e nível de significância de 5%.

Foram incluídos no estudo 618 profissionais: 315 alocados no grupo assistencial (aqueles que mantém contato direto com os pacientes) e 303 no grupo apoio técnico-administrativo (aqueles que desempenham suas atividades em áreas que prestam apoio indireto para a assistência aos pacientes). Esta classificação foi realizada pela pesquisadora conforme o setor de atuação dos participantes.

O perfil sociodemográfico e laboral dos participantes do estudo é apresentado na Tabela 1 e demonstra predomínio do gênero feminino e idade média de 38 anos em ambos grupos. Com relação ao grau de instrução, 41,3% dos profissionais assistenciais tem curso de graduação concluído ou pós-graduação comparado com 15,2% dos profissionais de apoio técnico-administrativo e os profissionais assistenciais estão na profissão a mais tempo que os administrativos. Mais da metade dos profissionais trabalham na instituição a menos de cinco anos e 10% há mais de 21 anos, nos dois grupos. Também em ambos, mais de 60% dos participantes, atuam no setor onde estão alocados atualmente há menos de cinco anos e 7% estão há mais de 21 anos no mesmo posto de trabalho. Em termos de horas semanais trabalhadas, o grupo administrativo trabalha mais horas na instituição do que o assistencial, justificando-se pela carga horária semanal da maioria dos profissionais que compuseram este grupo que é de 44 horas.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas e laborais estratificadas por grupo

Variáveis	Assistencial (n=315)		Apoio técnico- administrativo (n=303)		Total (n=318)	
	n	%	N	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	93	29,5	75	24,8	168	27,2
Feminino	218	69,2	209	69,0	427	69,1
Não informado	4	1,3	19	6,3	23	3,7
<b>Idade (Média ± Desvio-padrão)</b>	37,8 ± 10,5		38,4 ± 10,4		38,1 ± 10,4	
<b>Grau de instrução</b>						
Fundamental COMPLETO	6	1,9	18	5,9	24	3,9
Ensino Médio INCOMPLETO	3	1,0	28	9,2	31	5,0
Ensino Médio COMPLETO	114	36,2	151	49,8	265	42,9
Ensino Superior INCOMPLETO	58	18,4	53	17,5	111	18,0
Ensino Superior COMPLETO	32	10,2	16	5,3	48	7,8
Pós-Graduação (especialização)	81	25,7	28	9,2	109	17,6
Pós-Graduação (Mestrado ou Doutorado)	17	5,4	2	0,7	19	3,1
Não informado	4	1,3	7	2,3	11	1,8
<b>Tempo de profissão (Mediana intervalos interquartílicos)</b>	8 (4-14)		5 (3-12)		7 (3-13)	
<b>Tempo de atuação no hospital</b>						
Menos de 1 ano	31	9,8	36	11,9	67	10,8
1 a 5 anos	152	48,3	131	43,2	283	45,8
6 a 10 anos	70	22,2	64	21,1	134	21,7
11 a 15 anos	16	5,1	25	8,3	41	6,6
16 a 20 anos	14	4,4	13	4,3	27	4,4
21 anos ou mais	32	10,2	30	9,9	62	10,0
Não informado	-	-	4	1,3	4	0,6
<b>Tempo de atuação no setor</b>						
Menos de 1 ano	51	16,2	50	16,5	101	16,3
1 a 5 anos	157	49,8	145	47,9	302	48,9
6 a 10 anos	53	16,8	54	17,8	107	17,3
11 a 15 anos	19	6,0	15	5,0	34	5,5
16 a 20 anos	11	3,5	13	4,3	24	3,9
21 anos ou mais	22	7,0	21	6,9	43	7,0
Não informado	2	0,6	5	1,7	7	1,1
<b>Horas semanais de trabalho</b>						
Menos 20h/semana	14	4,4	10	3,3	24	3,9
20 s 39h/semana	169	53,7	50	16,5	219	35,4
40 s 59h/semana	108	34,3	221	72,9	329	53,2
60 s 79h/semana	9	2,9	9	3,0	18	2,9
80 s 99h/semana	4	1,3	1	0,3	5	0,8
100h/semana ou mais	3	1,0	1	0,3	4	0,6
Não informado	8	2,5	11	3,6	19	3,1

Fonte: Dados da pesquisa, Prates, CG. Porto Alegre, 2018.

A tabela 2, apresenta a distribuição dos profissionais por categoria profissional. A enfermagem, como esperado, representa a maior proporção de profissionais. Na categoria outros, estão incluídos os profissionais das áreas de apoio técnico administrativo como engenheiros, profissionais de tecnologia da informação, ascensoristas, vigilantes, serventes hospitalares, contadores, administradores, entre outros. Do total, oito participantes não sinalizaram sua categoria profissional.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes quanto a categoria profissional

<b>Categoria Profissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Técnico de Enfermagem	219	35,4
Médico	61	9,9
Técnico Administrativo	44	7,1
Enfermeiro	42	6,8
Serviços Gerais	25	4,0
Técnico / Atendente de Nutrição	23	3,7
Fisioterapeuta	20	3,2
Técnico / Auxiliar de Farmácia	19	3,1
Nutricionista	08	1,3
Farmacêutico	07	1,1
Assistente Social	03	0,5
Psicólogo	02	0,3
Outros	137	22,2
Não informado	08	1,3
<b>Total</b>	<b>618</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa, Prates, CG. Porto Alegre, 2018.

A distribuição dos participantes, quanto a sua unidade de trabalho, é detalhada na Tabela 3. As unidades de internação tem a maior proporção de profissionais por ser a maior área em extensão, com aproximadamente 250 leitos distribuídos em seis unidades e contar, além das equipes assistenciais, com profissionais administrativos fixos em cada unidade, responsáveis pelo fechamento da conta hospitalar. O centro cirúrgico, ocupa a segunda posição por ser o local onde os cirurgiões e anestesistas, preceptores da residência que compuseram a amostra, passam a maior parte do seu tempo.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes quanto a sua unidade de trabalho

<b>Unidade onde passa a maior parte do seu tempo de trabalho</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Unidade de Internação	103	16,7
Centro Cirúrgico	97	15,7
Área administrativa	76	12,3
Nutrição	57	9,2
Serviço de Emergência	52	8,4
Unidade de Terapia Intensiva	30	4,9
Unidade de Cuidados Especiais	30	4,9
Centro de Material e Esterilização	26	4,2
Farmácia	21	3,4
Ambulatório	19	3,1
Endoscopia	18	2,9
Sala de Recuperação	13	2,1
Raio-x	05	0,8
Oncologia / Reumatologia	05	0,8
Outra	64	10,4
Não informado	02	0,3
<b>Total</b>	<b>618</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa, Prates, CG. Porto Alegre, 2018.

#### 4.3.2 Instrumento

O instrumento utilizado para avaliar a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente foi o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC* (Anexo C), que pode ser aplicado tanto para profissionais que prestam assistência direta aos pacientes, como equipe de enfermagem e médicos, quanto para àqueles que prestam assistência indireta, como profissionais da farmácia, nutrição, segurança e higienização<sup>(156)</sup>.

O HSOPSC, é um instrumento que possibilita medir a percepção individual e por unidade/setor hospitalar dos profissionais que têm contato direto ou indireto com os pacientes, questionando-os sobre pontos-chave relacionados à segurança do paciente – valores, crenças, normas da organização, relatos de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão. Oportuniza identificar áreas, cuja cultura, necessita de melhorias, avaliar a efetividade de ações implementadas para a melhoria da segurança ao longo do tempo, realizar comparações internas e externas, auxiliando a instituição a identificar como sua cultura de segurança do paciente difere das outras instituições, e, finalmente, priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando suas fragilidades<sup>(125)</sup>.

Avalia 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, contendo 50 itens no total (44 sobre questões específicas da cultura e 6, informações pessoais). A maioria dos itens são

respondidos em uma escala de cinco pontos, tipo *Likert-scale*, refletindo a taxa de concordância: de “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (5), com uma categoria neutra “não concordo nem discordo” (3). Alguns itens utilizam a escala de: “nunca” (1) a “sempre” (5), sendo a neutra “às vezes” (3). As categorias de respostas para a variável grau de segurança do paciente na sua unidade de trabalho no hospital são “excelente”, “muito boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim” e, para o item número de eventos notificados são “nenhum relatório”, “1 a 2 relatórios”, “3 a 5 relatórios”, “6 a 10 relatórios”, “11 a 20 relatórios”, “21 relatórios ou mais”<sup>(29,125)</sup>.

Das dimensões, três são relacionadas ao hospital (a-c), sete à unidade de trabalho dentro do hospital (d-j) e duas, medidas de resultado (k-l)<sup>(29,125)</sup>:

- a) **Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente** – avalia se a administração e a gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária (itens F1, F8 e F9);
- b) **Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares** – avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes (itens F2, F4, F6 e F10);
- c) **Passagens de plantão/turno e transferências internas** – avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são transferidas entre as unidades do hospital e durante as passagens de plantão ou de turno (itens F3, F5, F7 e F11);
- d) **Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes** – avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do paciente e se reconhecem a participação dos profissionais nos procedimentos de melhoria da segurança do paciente (itens B1, B2, B3 e B4);
- e) **Aprendizado organizacional e melhoria contínua** – avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e avalia a efetividade das mudanças ocorridas (itens A6, A9 e A13);
- f) **Trabalho em equipe no âmbito das unidades** – define se os profissionais apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe (itens A1, A3, A4 e A11);
- g) **Abertura da comunicação** – avalia se os profissionais do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar profissionais com maior autoridade (itens C2, C4 e C6);



- h) **Retroalimentação das informações e comunicação sobre os erros** – avalia a percepção dos profissionais no hospital quando notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros futuros (itens C1, C3 e C5);
- i) **Respostas não punitivas aos erros** – avalia como os profissionais se sentem com relação aos seus erros, se pensam que os erros, por eles cometidos, possam ser usados contra si e mantidos em suas fichas funcionais (itens A8, A12 e A16);
- j) **Adequação de profissionais** – avalia se os profissionais são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes (itens A2, A5, A7 e A14);
- k) **Percepção geral da segurança do paciente** – avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais (itens A10, A15, A17 e A18);
- l) **Frequência de eventos relatados** – relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetem o paciente (itens D1, D2 e D3).

Com o objetivo de assegurar a compreensão do mesmo, identificar possíveis falhas e proceder ajustes, caso necessário, foi realizado um estudo piloto com um representante de cada categoria profissional em abril de 2017. Não foi necessário alterar nenhum item do questionário.

A análise da consistência interna da escala foi mensurada pelo coeficiente *Alpha de Cronbach* e apontou um resultado de 0,876 para os 42 itens do instrumento.

#### 4.3.3 Coleta e Análise dos Dados

A aplicação do questionário ocorreu nos meses de abril e maio de 2017, em todos os turnos de trabalho (manhã, tarde e nas duas noites) e foi realizada por uma assistente de pesquisa, selecionada e treinada pela pesquisadora, que apresentou os objetivos do estudo nas unidades e serviços onde encontravam-se os participantes, identificou aqueles que atenderam os critérios de inclusão, procedeu o sorteio e apresentou o TCLE (Apêndice A), permanecendo nas áreas à disposição dos profissionais para o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir durante o preenchimento do questionário.

Após o preenchimento, o questionário era conferido pela assistente de pesquisa e nos casos de preenchimento incompleto, a mesma se colocava à disposição para esclarecimento de

dúvidas, ficando a cargo do profissional completar ou não as questões em branco. Na sequência, os questionários preenchidos foram entregues à pesquisadora para avaliação e exclusão daqueles com marcação da mesma resposta em todos os itens, com menos de 50% das questões preenchidas e os que não estivessem com, pelo menos, uma sessão completa. Não houve questionário excluído.

A digitação dos questionários, visando a qualidade do processo, foi realizada por duas assistentes de pesquisa em dois bancos de dados concomitantes, elaborados em planilha do *Excel for Windows (Microsoft)*. As digitações foram independentes e após foi realizado cruzamento e análise das incongruências pela pesquisadora doutoranda.

O desfecho principal analisado foi a percepção da cultura de segurança do paciente utilizando a seguinte fórmula<sup>(157)</sup>:

$\% \text{ de respostas positivas da dimensão } X = \left[ \frac{\text{n}^\circ \text{ de respostas positivas ao item da dimensão avaliada}}{\text{n}^\circ \text{ total de respostas válidas aos itens da dimensão avaliada (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}} \right] \times 100$
---

**Respostas positivas** referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva ou 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) nas perguntas formuladas negativamente. **Respostas neutras** referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes). **Respostas negativas** referem-se às respostas que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) ou 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) nas sentenças formuladas negativamente (sinalizadas com a letra R em frente a sua respectiva indicação alfanumérica)<sup>(157)</sup>.

O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis para segurança do paciente. São consideradas “**áreas fortes da segurança do paciente**” aquelas cujos itens escritos positivamente obtiverem 75% de respostas positivas ou aquelas cujos itens escritos negativamente obtiverem 75% das respostas negativas. De modo semelhante, “**áreas frágeis da segurança do paciente**” e que necessitam melhoria são consideradas aquelas, cujos itens obtiverem 50% ou menos de respostas positivas<sup>(29)</sup>.

A análise estatística, realizada no programa SPSS versão 22.0. foi descritiva, através de frequências simples (n) e relativas (%) para variáveis categóricas e média e desvio padrão ou

mediana e intervalo interquartil para variáveis quantitativas. Para a associação entre resposta positiva e variáveis de estudo utilizou-se o Teste de Associação Qui quadrado e para a comparação entre os valores de cada dimensão utilizaram-se os testes Não-paramétricos de Mann-Whitney e o Teste Kruskal-Wallis. Para a verificação de correlação entre as variáveis utilizou-se a Análise de Correlação de Pearson. Os resultados foram considerados significativos a um nível de significância máximo de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

#### 4.4 PROCEDIMENTOS DA ETAPA QUALITATIVA

##### 4.4.1 Participantes

A seleção dos participantes para compor a etapa qualitativa do estudo foi definida após análise preliminar da etapa quantitativa, que evidenciou sinteticamente:

- a) Resultados semelhantes entre as áreas assistencial e de apoio técnico administrativo;
- b) A maioria das dimensões foi considerada frágil para segurança do paciente e nenhuma dimensão foi considerada fortalecida na análise geral, sendo o aprendizado organizacional e melhoria contínua a dimensão melhor avaliada e resposta não punitiva aos erros a que obteve o menor percentual de respostas positivas;
- c) A Emergência e os Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico (SADT) foram as únicas áreas assistenciais que identificaram dimensões fortalecidas na estratificação por setor e a Unidade de Terapia Intensiva foi a área que demonstrou o maior número de dimensões frágeis para Segurança do Paciente;
- d) Profissionais assistenciais de nível superior demonstraram uma percepção fortalecida para algumas dimensões mensuradas enquanto que àqueles de nível técnico não;
- e) Trabalho em equipe, adequação dos profissionais, passagem de plantão ou de turnos / transferências e repostas não punitivas aos erros foram as quatro dimensões que, independente das análises e estratificação, foram percebidas como áreas frágeis para segurança, exceto pela Emergência na dimensão passagem de plantão ou de turnos / transferências.

Diante desta análise inicial, que apontou uma percepção de cultura fragilizada para Segurança do Paciente e com o objetivo de: compreender esses resultados, aprofundar a análise acerca dos elementos que influenciam a percepção dos profissionais, discutir a Política de Segurança do Paciente da instituição e elencar oportunidades de melhorias para a instituição,

definiu-se que profissionais assistenciais, de nível superior e que não ocupassem cargo de gestão ou supervisão comporiam a amostra nesta etapa da pesquisa. Outro fator considerado para exclusão de profissionais do nível gerencial e do nível técnico-operacional foi a possibilidade de constrangimentos em virtude dos gradientes de hierarquia, já que os resultados preliminares apontaram para uma cultura punitiva.

Diante destes critérios, definiu-se que o Grupo Focal seria constituído de dois médicos contratados (emergência e terapia intensiva), cinco enfermeiros (representantes das unidades assistenciais – internação, terapia intensiva e cuidados intermediários, centro cirúrgico e sala de recuperação, emergência, SADT), um fisioterapeuta, um farmacêutico, um assistente social, uma psicóloga, uma nutricionista. Ainda, como critério de inclusão, foi considerado o fato de ter participado da etapa quantitativa.

Para a seleção dos participantes, a pesquisadora enviou um convite, em agosto de 2017, via sistema informatizado da instituição (ferramenta utilizada como forma de comunicação institucional) para as categorias profissionais mencionadas acima, apresentando os objetivos do Grupo Focal, os critérios de inclusão e exclusão e a metodologia dos encontros. Àqueles que demonstraram interesse em participar sinalizaram respondendo ao convite e foram contatados pela pesquisadora para confirmação e esclarecimentos. Estes convites foram reenviados semanalmente, durante 6 semanas, para garantir que todos os profissionais tivessem a oportunidade de participação.

Demonstraram interesse em participar do estudo um médico contratado, um fisioterapeuta, um farmacêutico, um assistente social, uma psicóloga, uma nutricionista e seis enfermeiras, sendo duas do mesmo setor (foi realizado um sorteio, pela pesquisadora doutoranda, acompanhado pela assistente de pesquisa, para seleção de uma delas).

Estes profissionais foram contatados pela pesquisadora para confirmação do interesse nesta etapa e de sua participação no preenchimento do questionário (etapa quantitativa) além da disponibilidade para participar dos encontros. Mediante confirmação, a pesquisadora apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) ficando uma via de posse do participante e outra, da pesquisadora.

De fato, participaram do Grupo Focal uma médica rotineira da terapia intensiva, cinco enfermeiras (representantes da unidade de internação, terapia intensiva e cuidados intermediários, centro cirúrgico e sala de recuperação, emergência, SADT), um fisioterapeuta, uma farmacêutica, uma assistente social e uma nutricionista. Em virtude de indisponibilidade de horário, a psicóloga não foi incluída nesta etapa.

#### 4.4.2 Grupo Focal

A coleta das informações para a etapa qualitativa, adotou o grupo focal como estratégia metodológica, a fim de, explorar e aprofundar as experiências, ideias e percepções dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente e os elementos que influenciam essa percepção.

Entende-se grupo focal como uma técnica de pesquisa que, por meio de sessões grupais e ancorado na troca de experiências e na perspectiva dos integrantes do grupo, fomenta a discussão de um tópico específico sob vários aspectos, buscando respostas às questões em pauta e a construção de ideias novas e originais. Ainda, permite que o pesquisador explore como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal, ampliando assim a compreensão e avaliação do tema em questão<sup>(151,158-159)</sup>.

Foram realizadas duas sessões grupais (Apêndice C), nos dias 05 e 19 de outubro de 2017, com duração de 2h cada encontro, buscando responder as seguintes questões:

- a) Por que a percepção dos profissionais demonstrou uma cultura fragilizada para a segurança do paciente?
- b) Quais os elementos que poderiam explicar as diferenças na percepção dos profissionais de nível superior e técnico?
- c) Que elementos poderiam ser atribuídos a Emergência que demonstrou quatro dimensões fortalecidas para segurança do paciente?
- d) Por que as dimensões trabalho em equipe, adequação dos profissionais, passagem de plantão ou de turnos / transferências e repostas não punitivas aos erros foram as quatro dimensões que, independente das análises e estratificação, independente da categoria profissional, setor (exceto pela Emergência na dimensão passagem de plantão ou de turnos / transferências) e grupo foram percebidas como áreas frágeis para segurança?
- e) Como a Política de Segurança do Paciente da instituição poderia contribuir para melhorar a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente?
- f) Quais seriam as oportunidades de melhoria para a instituição no que se refere a segurança do paciente?

O primeiro encontro teve como objetivo principal apresentar e discutir os resultados da etapa quantitativa explorando os elementos que influenciam a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente. A abertura da sessão foi marcada pelo

agradecimento aos profissionais pela disponibilidade e interesse em contribuir com a pesquisa, apresentação dos integrantes, breve apresentação do tema e objetivo da pesquisa, explanação sobre a técnica de grupo focal como método de coleta dos dados e estabelecimento do *Setting* Grupal: horário dos encontros, pontualidade, assiduidade, respeito a opinião, valores e crenças dos integrantes assim como o caráter confidencial dos encontros. Neste encontro foi alinhado o conceito de Cultura de Segurança do Paciente entre os participantes e realizada uma dinâmica de grupo para estimular a discussão.

No segundo encontro, o objetivo foi discutir a Política de Segurança do Paciente (Anexo D) e elencar oportunidades de melhorias para a instituição. Na abertura deste, uma breve síntese do encontro anterior foi realizada e o *Setting* Grupal reforçado.

Os encontros foram coordenados pela pesquisadora doutoranda que contou com a colaboração de uma observadora participante (enfermeira com experiência na técnica de grupo focal) para condução desta atividade. Após cada encontro, as duas realizaram *feedback* com discussão e alinhamento das suas percepções sobre os encontros.

Todos os profissionais selecionados participaram dos dois encontros. E, tanto no primeiro quanto no segundo, antes do encerramento, uma síntese da discussão era realizada pelas coordenadoras e o espaço aberto para qualquer consideração que o grupo julgasse pertinente.

Para a realização dos dois encontros, foi previsto um ambiente que assegurasse a privacidade, que fosse neutro, confortável, facilitador para o debate, com promoção de contato visual entre os participantes e de fácil acesso. Além disso, foi previsto uma confraternização prévia ao início dos encontros visando promover o bem-estar e a descontração dos profissionais.

As sessões foram gravadas em áudio e a transcrição literal dos diálogos foi realizada por uma assistente de pesquisa (acadêmica de enfermagem) sendo posteriormente, validadas pela pesquisadora doutoranda. As transcrições foram enviadas por e-mail para os participantes para validação da fidedignidade da transcrição.

Os arquivos da gravação serão inutilizados após a conclusão da pesquisa e as transcrições das falas guardadas por cinco anos em local seguro.

#### **4.4.3 Análise das Informações**

A análise das informações geradas pelo grupo focal (transcrição literal dos diálogos e diário de campo) foi norteada pelo método de análise de conteúdo do tipo categorial temática compreendendo as três etapas apresentadas por Minayo<sup>(160)</sup>:

- a) **Pré-análise:** a primeira etapa compreende a leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. Nesta etapa, atentando para os objetivos da pesquisa, foram realizadas diversas leituras das transcrições do grupo focal buscando a constituição do *corpus* da análise, respeitando os critérios de validade qualitativa: exaustividade (esgotamento da totalidade do texto), a homogeneidade (clara separação entre os temas a serem trabalhados), a exclusividade (um mesmo elemento só pode estar em apenas uma categoria), a objetividade (qualquer codificador consegue chegar aos mesmos resultados) e a adequação ou pertinência (adaptação aos objetivos do estudo).
- b) **Exploração do material ou codificação:** após a constituição do *corpus* da análise considerando as unidades de significado mais relevantes, foi realizada a categorização das informações mediante redução do texto às palavras e expressões significativas;
- c) **Tratamento dos resultados / interpretação:** nesta etapa, foram realizadas as inferências e interpretações, inter-relacionando-as com o referencial teórico e objetivos da pesquisa.

A análise procedeu-se de forma manual, buscando-se primeiramente identificar e codificar os temas emergentes e após, agrupá-los por similaridade de conteúdo, construindo assim as categorias do estudo.

Na apresentação dos resultados qualitativos, os relatos foram editados visando corrigir os vícios de linguagem e possíveis erros gramaticais sem, no entanto, alterar o conteúdo essencial das falas e diálogos, facilitando a leitura e preservando os participantes. Também, sempre que necessário, acresceram-se termos entre colchetes para facilitar a compreensão do texto.

Ao término da análise dos dados qualitativos, atendendo aos pressupostos metodológicos da pesquisa de métodos mistos do protótipo sequencial explanatório, inicia-se o processo de interpretação dos resultados conectados<sup>(148)</sup>.

#### 4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS INTEGRADOS

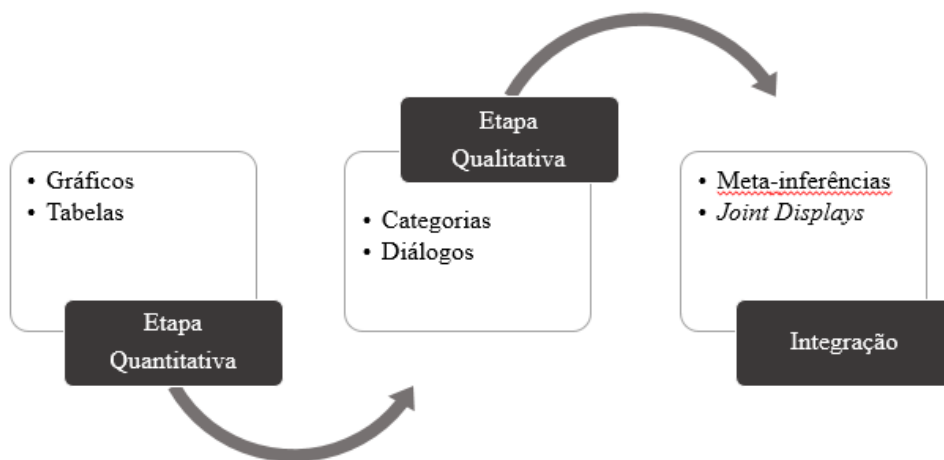
A análise dos dados no projeto explanatório sequencial consiste em analisar separadamente os dados quantitativos e qualitativos, com metodologias de análises adequadas para cada vertente. Após, com a utilização de técnicas que “misturem” os dados e resultados,

procede-se a análise e interpretação dos mesmos que responderão às questões ou hipóteses da pesquisa de métodos mistos<sup>(148)</sup>.

Neste estudo, a análise dos dados ocorreu sequencialmente no final de cada etapa da coleta de dados e informações. O processo de integração foi marcado por um movimento de “ir e vir” entre os dados, objetivando uma melhor compreensão da cultura de segurança do paciente percebida pelos profissionais de saúde.

Os resultados das etapas quantitativas e qualitativas são apresentados separadamente no capítulo seguinte e, na sequência, os resultados integrados, na forma de meta inferência (interpretações a partir da análise dos dados quantitativos e das informações qualitativas)<sup>(148)</sup> e *joint displays* (exibição conjunta dos dados e informações)<sup>(153)</sup>. A Figura 10 demonstra a forma de apresentação dos dados e das informações das etapas quantitativas, qualitativas e do processo de integração.

Figura 10 - Apresentação dos dados e informações das etapas quantitativa, qualitativa e do processo de integração



Fonte: Adaptado livremente de Creswell e Clark<sup>(148)</sup>

A integração dos dados quantitativos e qualitativos nas pesquisas de métodos mistos é apontada por estudiosos como um desafio para os pesquisadores que adotam esta metodologia de investigação<sup>(152-153)</sup>.



#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

O presente estudo, desde a sua concepção, respeitou as normas e preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(161)</sup>, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pelo Hospital Ernesto Dornelles.

O projeto foi submetido ao Exame de Qualificação do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem (PPGENF) da UFRGS e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EENF) da UFRGS (Anexo A).

Na sequência, o projeto foi submetido na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (instituição proponente), CAEE: 63334616.4.3001.5304, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ernesto Dornelles (instituição participante), Parecer nº: 1.902.771 e homologada sua realização pelas Superintendências da instituição citada (Anexo B).

Na etapa quantitativa, os participantes foram convidados a colaborar com o estudo sendo apresentado, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) os objetivos da pesquisa, os possíveis riscos e os benefícios da mesma. O direito de desistência, durante o preenchimento do questionário, sem qualquer prejuízo, foi assegurado assim como o anonimato dos participantes.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da etapa qualitativa (Apêndice B) foi apresentado aos participantes no momento da confirmação da participação destes e no primeiro dia do grupo focal, os objetivos, a metodologia da pesquisa e a estratégia de coleta dos dados foram reforçadas e discutidas. Assim como na etapa anterior, o anonimato e o direito de desistência, sem qualquer prejuízo, foram assegurados. Uma codificação foi atribuída para cada participante (P1, P2, [...], P10) para identificação nos diálogos selecionados para compor o material publicável. Anuência para gravação em áudio foi solicitada e os diálogos selecionados foram validados com todos os participantes. O sigilo compartilhado entre a pesquisadora, a observadora participante e os participantes durante os debates no grupo focal foi reforçado.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, tanto da etapa quantitativa quanto da qualitativa foram entregues em duas vias, sendo uma destinada ao participante e a outra, de posse da pesquisadora.

Os questionários obtidos na primeira fase do estudo e as falas transcritas da segunda, foram armazenados em caixas de arquivo morto e ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora durante cinco anos, sendo posteriormente inutilizados. Os áudios das sessões de grupo serão deletados após a apresentação desta pesquisa.

Por fim, as pesquisadoras se comprometem a utilizar as informações adquiridas desta pesquisa apenas para fins científicos e acadêmicos, respeitando os princípios éticos, garantindo o anonimato dos participantes e referenciando todas as fontes bibliográficas consultadas.

## 5 RESULTADOS

*“Não é a força, mas a constância dos bons resultados que conduz os homens à felicidade.”*

Friedrich Nietzsche

Os resultados desta pesquisa, em atenção a metodologia proposta, serão apresentados sequencialmente em três etapas: resultados quantitativos, resultados qualitativos e por fim, os resultados integrados.

### 5.1 ETAPA QUANTITATIVA

Os dados da etapa quantitativa foram obtidos por meio da aplicação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) na versão brasileira<sup>(29)</sup>. A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), criadora do HSOPSC, recomenda que seja utilizado o percentual médio de respostas positivas obtido em cada dimensão para identificação da percepção acerca da cultura de segurança do paciente<sup>(125)</sup>.

O percentual de respostas positivas, conforme já mencionado no capítulo anterior, representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis. São consideradas “**áreas fortes da segurança do paciente**” aquelas dimensões que obtiverem 75% de respostas positivas e “**áreas frágeis da segurança do paciente**”, que necessitam melhoria, resultado igual ou inferior a 50% de respostas positivas<sup>(29,125)</sup>.

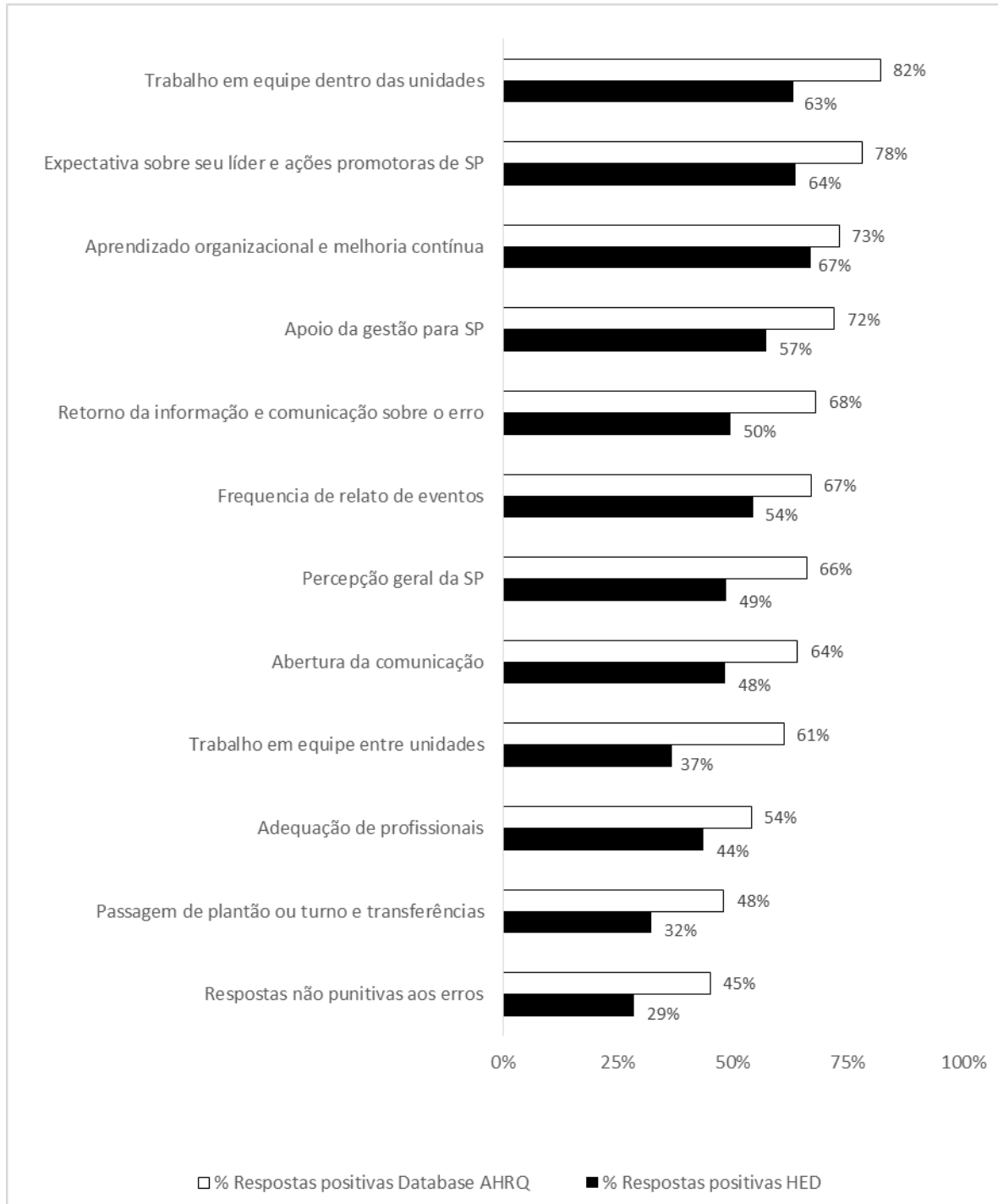
Nesta sessão serão apresentados os resultados das 12 dimensões que compõe o instrumento e, na sequência, as duas medidas de resultado: nota da segurança do paciente e o número de eventos notificados. Primeiramente serão apresentados os resultados gerais e, na sequência, a estratificação por grupo (assistencial e apoio técnico administrativo), categoria profissional, variáveis laborais e setor.

#### 5.1.1 Resultados gerais da aplicação do HSOPSC

A percepção acerca da cultura de segurança do paciente dos 618 profissionais, conforme as dimensões mensuradas a partir do instrumento, está apresentada na figura 11. Optou-se ainda, por comparar os resultados gerais desta pesquisa com o banco de dados da AHRQ, que é oriunda

de 680 hospitais americanos (447.584 respondentes), que utilizam este instrumento e serve para comparação externa<sup>(133)</sup>.

Figura 11 – Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC: HED e AHRQ



Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

Com base na amostra estudada, não foram observadas dimensões que pudessem ser classificadas como fortalecidas para a cultura de segurança do paciente. Nenhuma dimensão obteve 75% ou mais de respostas positivas e os percentuais mais elevados foram observados nas dimensões “aprendizado organizacional e melhoria contínua” (66,9%), “expectativa sobre seu líder e ações promotoras de segurança do paciente” (63,6%) e “trabalho em equipe dentro da unidade” (63,0%), em consonância com o banco de dados da AHRQ, que tem estas três dimensões como as mais fortalecidas entre os hospitais americanos.

Sete dimensões (58,3%) foram consideradas como áreas frágeis para cultura de segurança do paciente: “retorno da informação e comunicação sobre o erro” (49,5%), “percepção geral da segurança do paciente” (48,5%), “abertura da comunicação” (48,2%), “adequação de profissionais” (43,6%), “trabalho em equipe entre unidades” (36,6%), “passagem de plantão ou turno e transferências” (32,3%) e “respostas não punitivas aos erros” (28,5%). Nos hospitais americanos, “passagem de plantão ou turno e transferências” e “respostas não punitivas aos erros” são as únicas dimensões com resultados inferiores a 50% de respostas positivas e que portanto, necessitam intervenções para melhoria conforme preconizado pelas autoras do instrumento<sup>(125)</sup>.

O HSOPSC, é constituído por 42 itens que, agrupados três a quatro, compõem as 12 dimensões, conforme apresentado na Tabela 4. O percentual médio de respostas positivas obtido a partir dos 42 itens foi de 49,6% e apenas dois itens obtiveram percentual acima de 75% de resposta positiva: “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” (80,7%) da dimensão “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” e “O meu líder imediato não dá atenção suficiente aos problemas de segurança com paciente que acontecem repetidamente” (75,1%) da dimensão “Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente”. Itens com resultados considerados frágeis (50% ou menos) foram mais frequentes, sendo “os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles” (24,4%) e “os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais” (24,7%) os que apresentaram os índices mais baixos, ambos da dimensão “resposta não punitiva aos erros”.

Na Tabela 4, os itens com índices acima 75% de respostas positivas (áreas fortes da segurança do paciente) estão sinalizados de verde assim como, de vermelho, aqueles com índices iguais ou inferiores a 50% (áreas frágeis da segurança do paciente).

Tabela 4 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões e itens componentes da cultura de segurança do paciente do HSOPSC: HED e AHRQ

(continua)

Dimensão e itens componentes	%Respostas positivas	
	HED	AHRQ
<b>Trabalho em equipe dentro das unidades</b>	<b>63,0</b>	<b>82</b>
A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras	64,9	<b>87</b>
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo	67,0	<b>87</b>
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	71,0	<b>81</b>
A11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	51,5	71
<b>Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente</b>	<b>63,6</b>	<b>78</b>
B1. O meu líder imediato elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	55,8	<b>78</b>
B2. O meu líder imediato realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	60,4	<b>80</b>
B3R. Sempre que a pressão aumenta, o meu líder imediato quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	64,2	<b>77</b>
B4R. O meu líder imediato não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<b>75,1</b>	<b>79</b>
<b>Aprendizado organizacional – melhoria contínua</b>	<b>66,9</b>	<b>73</b>
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<b>80,7</b>	<b>84</b>
A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	61,7	64
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	60,2	70
<b>Apoio da gestão para a segurança do paciente</b>	<b>57,2</b>	<b>72</b>
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	61,1	<b>81</b>
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	63,7	<b>76</b>
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<b>47,9</b>	61
<b>Percepção geral da segurança do paciente</b>	<b>48,5</b>	<b>66</b>
A10R. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	58,4	61
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<b>38,3</b>	64
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<b>45,6</b>	65
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	54,6	73

Tabela 4 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões e itens componentes da cultura de segurança do paciente do HSOPSC: HED e AHRQ

(continuação)

Dimensão e itens componentes	%Respostas positivas	
	HED	AHRQ
<b>Retorno da informação e comunicação sobre erro</b>	<b>49,5</b>	<b>68</b>
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	41,7	60
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	48,7	69
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente	59,3	75
<b>Abertura da comunicação</b>	<b>48,2</b>	<b>64</b>
C2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	66,1	77
C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	33,4	49
C6R. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	46,5	65
<b>Frequência de relato de eventos</b>	<b>54,3</b>	<b>67</b>
D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	54,4	62
D2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	52,4	63
D3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	56,7	75
<b>Trabalho em equipe entre as unidades</b>	<b>36,6</b>	<b>61</b>
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	25,8	49
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	35,0	62
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	42,9	63
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	43,8	71
<b>Adequação de profissionais</b>	<b>43,6</b>	<b>54</b>
A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	41,2	51
A5R. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	45,8	50
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	60,1	65
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	29,9	49

Tabela 4 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões e itens componentes da cultura de segurança do paciente do HSOPSC: HED e AHRQ

(conclusão)

Dimensão e itens componentes	%Respostas positivas	
	HED	AHRQ
<b>Passagem de plantão ou de turno/ transferências</b>	<b>32,3</b>	<b>48</b>
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<b>29,9</b>	<b>43</b>
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<b>30,2</b>	<b>53</b>
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<b>28,9</b>	<b>47</b>
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<b>41,3</b>	<b>48</b>
<b>Respostas não punitivas aos erros</b>	<b>28,5</b>	<b>45</b>
A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<b>24,4</b>	51
A12R. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<b>37,8</b>	<b>48</b>
A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<b>24,7</b>	<b>37</b>

Itens formulados negativamente estão sinalizados com a letra R em frente a sua respectiva indicação alfanumérica

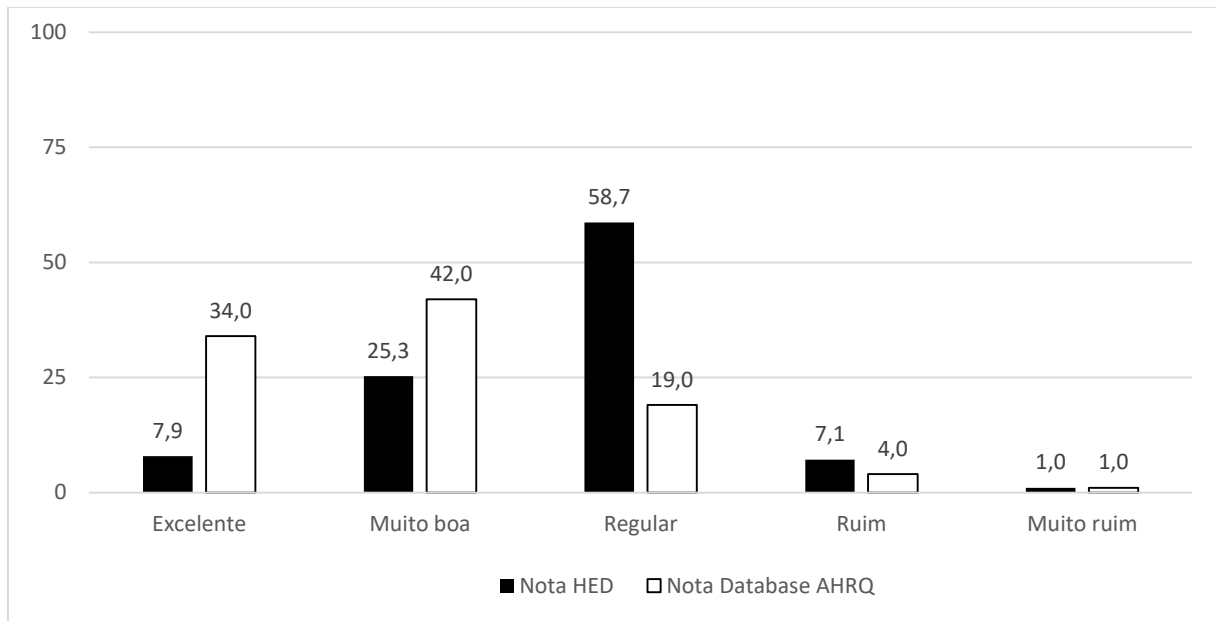
Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

Na base de comparação do AHRQ, 13 itens (30,9%) tem percentuais de respostas positivas acima de 75% e sete (16,7%), inferior a 50%. Os itens com o maior percentual de respostas positivas são “Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras” e “quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo”, ambos com percentual 87% e contidos na dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”. O item com o percentual mais baixo é “os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais” e, assim como nos dados desta pesquisa, está na dimensão “Respostas não punitivas aos erros”.

Os participantes da pesquisa ainda avaliaram a sua área / unidade de trabalho concedendo uma nota (excelente, muito boa, regular, ruim ou muito ruim). Dos 573 que responderam a esta questão, 33,2% consideraram excelente ou muito boa e 8%, ruim ou muito ruim, contrastando com a comparação externa que apresenta resultados de 76% e 5%, respectivamente, conforme a figura 12.



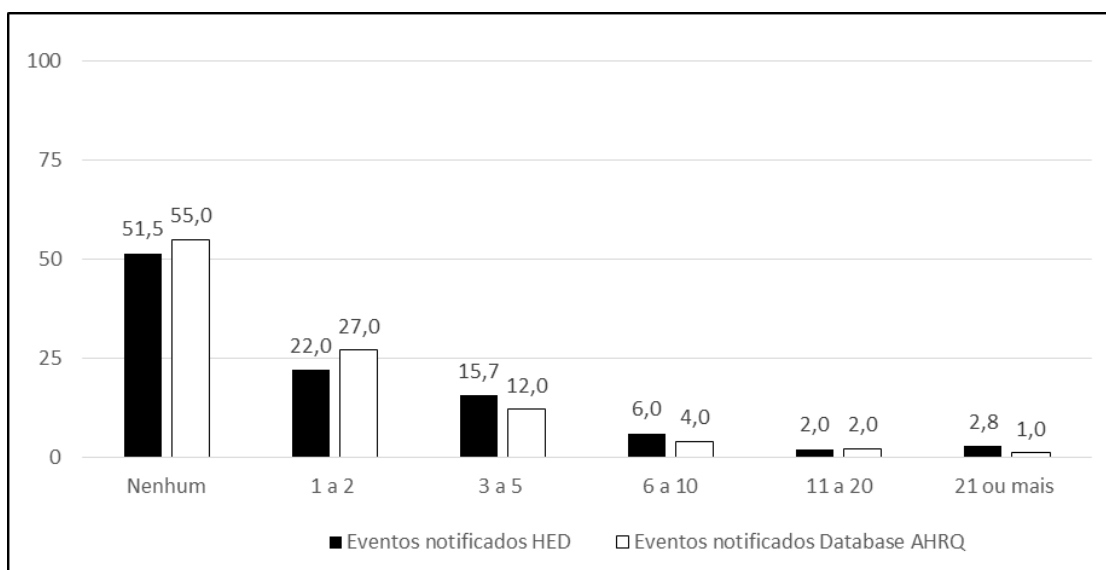
Figura 12 – Comparativo da nota da segurança do paciente do HSOPSC: HED e AHRQ



Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

O número de eventos que cada participante notificou no último ano é questionado na seção G: número de eventos notificados do HSOPSC e foi respondido por 592 participantes. A metade da amostra desta pesquisa e 55% dos participantes do banco de dados do AHRQ não relataram incidentes ao longo de um ano (Figura 13), demonstrando que a subnotificação de eventos é um problema a ser enfrentando nas instituições de saúde.

Figura 13 – Comparativo do número de eventos notificados nos últimos 12 meses do HSOPSC: HED e AHRQ



Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

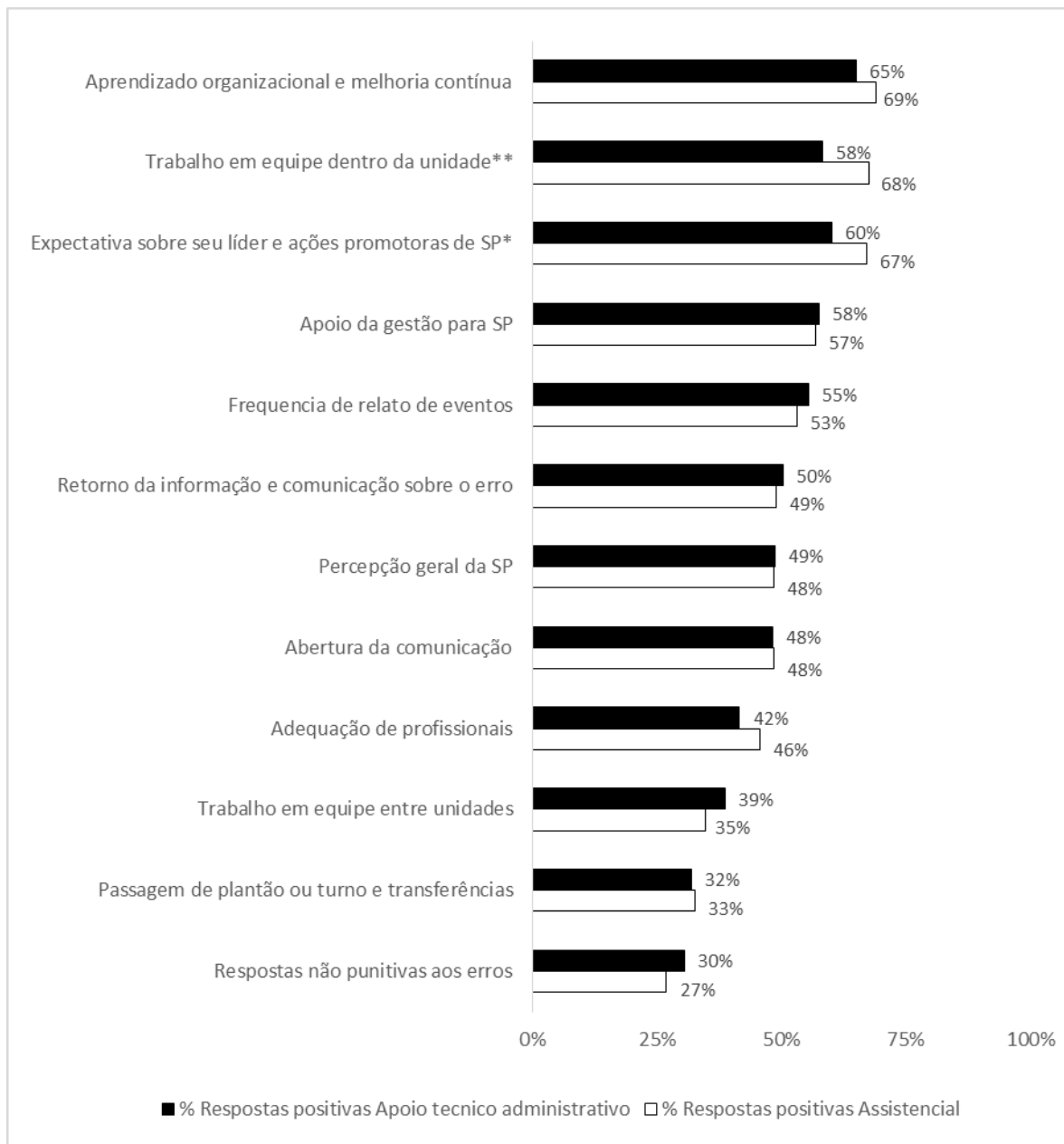
### **5.1.2 Resultados por grupos (assistencial e apoio técnico administrativo) da aplicação do HSOPSC**

Neste item, serão apresentados os resultados do percentual médio de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente, estratificadas por grupos: Assistencial (profissionais que exercem suas atividades em setores com contato direto com os pacientes) e Apoio técnico administrativo (profissionais que desempenham suas atividades em áreas que prestam apoio para assistência ao paciente como farmácia, nutrição, centro de materiais e esterilização, controle de infecção, higienização e administrativos).

Nenhuma dimensão, na estratificação por grupo, demonstrou resultados fortalecidos para cultura de segurança do paciente. A dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” foi a que obteve o maior percentual de respostas positivas e “respostas não punitivas aos erros” foi a mais frágil, em ambos os grupos (Figura 14).

Na comparação entre os grupos, duas dimensões apresentaram diferenças estatisticamente significativas: “Trabalho em equipe dentro das unidades” e “Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente”. Os profissionais assistenciais têm uma percepção mais fortalecida nestas dimensões, consideram que as pessoas se apoiam umas às outras e se tratam com respeito nas suas unidades e que seus líderes imediatos dão atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente.

Figura 14 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC: grupo assistencial x apoio técnico administrativo



Tese não paramétrico de Mann-Whitney: \*significativo  $p \leq 0,05$ ; \*\*significativo  $p \leq 0,01$ .

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

Os itens componentes de cada dimensão, estratificado por grupo, estão no Apêndice D. No grupo assistencial, dos 42 itens, três apresentaram percentual de respostas positiva acima de 75%: “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” (85,7%), “o meu líder imediato não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”, (80,8%) e “nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito” (78,0%), enquanto que no grupo de apoio técnico administrativo, o único item considerado

fortalecido foi “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” (75,4%)

Com relação aos itens considerados frágeis, no grupo assistencial foram identificados 23 (54,8%) com percentual de resposta positiva igual ou inferior a 50% e no de apoio técnico administrativo, 22 (52,4%). Todos os itens das dimensões “respostas não punitivas aos erros”, “passagem de plantões ou de turno / transferências” e “trabalho em equipe entre unidades” foram considerados frágeis em ambos grupos.

### **5.1.3 Resultados por categoria profissional e variáveis laborais da aplicação do HSOPSC**

Neste tópico são apresentados os resultados das dimensões de cultura de segurança do paciente, estratificados por categoria profissional, daqueles que exercem suas atividades diretamente com o paciente (enfermeiros e técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e assistente social) ou que prestam apoio técnico para assistência (auxiliares e técnicos de farmácia e nutrição). Além dos resultados estratificados por categoria, são apresentadas as análises estatísticas de associação entre repostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente e variáveis laborais.

Em virtude do tamanho da amostra, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e assistente social foram agrupados como “outro nível superior”, assim como auxiliares e técnicos de farmácia e nutrição, foram agrupados “téc/aux farmácia e nutrição”.

Na tabela 5, é apresentada a comparação das repostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais acima citadas. Os índices considerados fortalecidos para segurança do paciente estão sinalizados de verde e os frágeis, de vermelho e as diferenças entre as categorias profissionais estão indicadas por letras distintas acima das médias.

Tabela 5 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC: categorias profissionais do HED

Dimensão	% Respostas positivas					p
	Médico	Enfermeiro	Outros nível superior	Téc. Enf	Téc/aux Farmácia e Nutrição	
Trabalho em equipe dentro das unidades	80,7 <sup>A</sup>	84,5 <sup>AB</sup>	72,5 <sup>B</sup>	59,8 <sup>C</sup>	39,9 <sup>D</sup>	0,000**
Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente	75,0 <sup>A</sup>	69,6 <sup>AB</sup>	72,5 <sup>A</sup>	61,3 <sup>B</sup>	58,3 <sup>B</sup>	0,006**
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	78,1 <sup>A</sup>	69,0 <sup>AB</sup>	75,8 <sup>A</sup>	66,4 <sup>B</sup>	63,5 <sup>B</sup>	0,033*
Apoio da gestão para a segurança do paciente	67,8	53,2	50,8	55,8	54,0	0,149
Percepção geral da segurança do paciente	52,5	41,1	42,5	48,4	41,7	0,123
Retorno da informação e comunicação sobre erro	44,4	56,3	60,8	48,6	59,5	0,062
Abertura da comunicação	58,9 <sup>A</sup>	56,3 <sup>A</sup>	60,0 <sup>A</sup>	44,0 <sup>B</sup>	51,6 <sup>AB</sup>	0,004**
Frequência de relato de eventos	35,6 <sup>A</sup>	50,8 <sup>B</sup>	53,3 <sup>B</sup>	55,6 <sup>B</sup>	65,1 <sup>B</sup>	0,007**
Trabalho em equipe entre as unidades	40,2	33,9	32,5	33,9	31,0	0,611
Adequação de profissionais	42,6 <sup>AB</sup>	44,6 <sup>A</sup>	30,0 <sup>B</sup>	48,5 <sup>A</sup>	28,0 <sup>B</sup>	0,000**
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	27,9 <sup>A</sup>	26,8 <sup>A</sup>	23,8 <sup>A</sup>	35,7 <sup>B</sup>	26,8 <sup>A</sup>	0,027*
Respostas não punitivas aos erros	29,0 <sup>A</sup>	40,5 <sup>B</sup>	42,5 <sup>B</sup>	23,6 <sup>A</sup>	30,2 <sup>AB</sup>	0,001**

Outros nível superior: Assistente Social, Farmacêutica, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicóloga

A, B, C, D: Medidas seguidas da mesma letra não diferem entre si.

Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis: \*significativo  $p \leq 0,05$ ; \*\*significativo  $p \leq 0,01$ .

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

As dimensões “trabalho em equipe dentro da unidade”, “aprendizado organizacional e melhoria contínua” e “expectativa sobre seu líder e ações promotoras de segurança do paciente” foram as que apresentaram os maiores índices de respostas positivas, sendo as três consideradas fortalecidas pelos médicos, com percentuais de 80,7%, 78,1% e 75,0% respectivamente. Os enfermeiros consideram o “trabalho em equipe dentro da unidade” (84,5%) e os outros profissionais de nível superior, “aprendizado organizacional e melhoria contínua” (75,8%) como áreas fortes da segurança do paciente.

Nas categorias de nível técnico da enfermagem, nutrição e farmácia, nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. Os percentuais de respostas positivas mais elevados para os técnicos de enfermagem foram nas dimensões “aprendizado organizacional e melhoria contínua” (66,4%), “expectativa sobre seu líder e ações promotoras de segurança do paciente” (61,3%) e “trabalho em equipe dentro da unidade” (59,8%). Já para os profissionais da farmácia e nutrição, “frequência de relato de eventos” (65,1%), “aprendizado organizacional e melhoria contínua” (63,5%) e “retorno da informação e comunicação sobre o erro” (59,5%) foram as dimensões com os índices mais elevados.

Independente da estratificação por categoria profissional, as dimensões “adequação de profissionais”, “trabalho em equipe entre unidades”, “passagem de plantão ou turno e transferências” e “respostas não punitivas aos erros” foram consideradas frágeis para segurança do paciente, sendo que para os profissionais de nível superior e os técnicos de farmácia e nutrição, a mais crítica foi “passagem de plantão ou turno e transferências” e para os técnicos de enfermagem, “respostas não punitivas aos erros”.

Na análise de comparação, diferenças estatisticamente significativas foram observadas em oito dimensões entre as categorias profissionais. A percepção da equipe de técnicos da farmácia e nutrição é a mais fragilizada na dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” comparada com os demais; médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais diferem pouco entre em si nas comparações; na dimensão “apoio da gestão para a segurança do paciente” o índice do grupo “outro nível superior” foi considerado fragilizado, embora a diferença na comparação com os demais não tenha sido significativa; “abertura da comunicação” é considerada frágil para os técnicos de enfermagem e a diferença só não é significativa na comparação com o grupo de farmácia e nutrição; médicos apresentaram o índice mais baixo na dimensão “frequência de relato de eventos” diferindo de forma significativa dos demais, mesmo dos enfermeiros que também consideram esta dimensão fragilizada.

Os itens componentes, estratificados por categoria profissional encontram-se no Apêndice E. A categoria médica foi a que identificou o maior número de itens fortalecidos para segurança do paciente: nove dos 42 itens (21,4%), seguido dos fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e assistente social com sete (16,7%), enfermeiros com seis (14,3%), técnicos de enfermagem e técnicos e auxiliares de farmácia e nutrição identificaram apenas dois (4,8%) itens com percentual de respostas positivas igual ou superior a 75%.

O item “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, foi o único considerado fortalecido por todos os profissionais da amostra, com índices de 90,2% para os médicos, 83,4% para técnicos de enfermagem, 82,5% para outros profissionais assistenciais de nível superior, 81,0% para enfermeiros e 78% para técnicos e auxiliares de farmácia e nutrição.

O item com o maior percentual de resposta positiva foi apontado pelos enfermeiros “quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo” (100%) e o índice mais baixo foi evidenciado pela categoria médica no item “os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles” (11,5%) da dimensão “respostas não punitivas aos erros”.

Os participantes da pesquisa, independente do grupo, foram comparados, conforme o seu nível de formação (superior e médio/fundamental) e o resultado apresentado na Tabela 6. Apenas a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” foi considerada fortalecida (79,3%) para segurança do paciente, pelos profissionais com nível superior. Em ambos os grupos, sete dimensões foram consideradas frágeis para segurança do paciente.

Tabela 6 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC: nível de formação dos profissionais do HED

Dimensão	% Resposta Positiva		P
	Nível Superior	Nível Médio/Fundamental	
Trabalho em equipe dentro das unidades	<b>79,3</b>	57,0	0,000**
Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente	71,3	60,8	0,000**
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	73,7	64,3	0,002**
Apoio da gestão para a segurança do paciente	59,5	56,7	0,313
Percepção geral da segurança do paciente	<b>47,2</b>	<b>49,1</b>	0,459
Retorno da informação e comunicação sobre erro	<b>50,5</b>	<b>49,4</b>	0,759
Abertura da comunicação	56,0	<b>45,3</b>	0,001**
Frequência de relato de eventos	<b>45,7</b>	57,0	0,003**
Trabalho em equipe entre as unidades	<b>35,9</b>	<b>37,1</b>	0,829
Adequação de profissionais	<b>41,6</b>	<b>44,9</b>	0,191
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	<b>25,3</b>	<b>35,5</b>	0,000**
Respostas não punitivas aos erros	<b>33,7</b>	<b>26,7</b>	0,011*

Teste não-paramétrico de Mann-Whitney: \*significativo  $p \leq 0,05$ ; \*\*significativo  $p \leq 0,01$ .

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

Profissionais com curso de graduação completo e pós-graduação tem índices de respostas positivas superiores comparados com os profissionais de nível médio/fundamental, com significância estatística para as dimensões “trabalho em equipe dentro das unidades”, “expectativas sobre seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente”, “aprendizado organizacional e melhoria contínua”, abertura da comunicação” e “respostas não punitivas aos erros”. Já nas dimensões “frequência de relatos de eventos” e “passagem de plantão ou de turno/transferências”, os índices são superiores sob o ponto de vista da equipe de nível médio. Os resultados dos itens componentes das dimensões e encontram-se no Apêndice F.

Ainda, independente do grupo, buscou-se identificar diferenças na percepção dos profissionais, de acordo com o tempo de atuação no hospital. E, conforme apresentado na Tabela 7, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma dimensão, tendo como ponto de corte cinco anos de instituição. Os resultados dos itens componentes das dimensões e encontram-se no Apêndice G.



Tabela 7 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC: tempo de atuação dos profissionais no HED

Dimensão	% Resposta Positiva		p
	Até 5 anos	Mais de 5 anos	
Trabalho em equipe dentro das unidades	63,2	62,9	0,624
Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente	64,1	63,1	0,467
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	67,2	66,4	0,553
Apoio da gestão para a segurança do paciente	58,4	55,8	0,639
Percepção geral da segurança do paciente	<b>49,1</b>	<b>47,5</b>	0,958
Retorno da informação e comunicação sobre erro	<b>50,3</b>	<b>48,0</b>	0,525
Abertura da comunicação	<b>49,2</b>	<b>46,9</b>	0,302
Frequência de relato de eventos	54,7	53,1	0,159
Trabalho em equipe entre as unidades	<b>37,6</b>	<b>35,1</b>	0,327
Adequação de profissionais	<b>45,7</b>	<b>41,0</b>	0,801
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	<b>35,5</b>	<b>28,0</b>	0,553
Respostas não punitivas aos erros	<b>29,0</b>	<b>28,2</b>	0,861

Teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

A experiência profissional foi analisada, buscando se correlacioná-la com a percepção de cultura de segurança do paciente. Apenas a dimensão “aprendizado organizacional e melhoria contínua”, apresentou uma correlação, embora fraca, com o tempo de trabalho na especialidade ou profissão atual, conforme apresentado na Tabela 8.

Tabela 8 - Correlação do índice de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC e tempo de trabalho na profissão atual

Dimensão	Tempo de trabalho na sua especialidade ou profissão atual	
	r	P
Trabalho em equipe dentro das unidades	0,070	0,095
Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente	0,006	0,881
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	<b>0,083</b>	<b>0,047*</b>
Apoio da gestão para a segurança do paciente	0,067	0,108
Percepção geral da segurança do paciente	-0,029	0,494
Retorno da informação e comunicação sobre erro	0,004	0,931
Abertura da comunicação	0,067	0,110
Frequência de relato de eventos	-0,006	0,892
Trabalho em equipe entre as unidades	0,016	0,707
Adequação de profissionais	-0,052	0,215
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	-0,023	0,580
Respostas não punitivas aos erros	-0,031	0,461

Análise de Correlação de Pearson: \*significativo  $p \leq 0,05$

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

A nota concedida pelos profissionais para sua unidade / área de trabalho no hospital também foi estratificada por categoria profissional (tabela 9). Mais da metade dos médicos (55,5%) avaliaram a segurança do paciente como excelente ou muito boa; para quase 70% dos enfermeiros e 60% dos técnicos, a segurança é considerada regular, ruim ou muito ruim foi apontada por 10,2% dos enfermeiros e 8,2% dos técnicos de enfermagem; na categoria, “outros” de nível superior assistencial, que incluiu farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogas e assistente social, a segurança é considerada excelente ou muito boa para 35% da amostra e ruim para 15%; dos profissionais de nível técnico da farmácia e da nutrição 65,0% consideram a segurança regular e 22,5% muito boa ou excelente; nenhum profissional dos serviços gerais considerou a segurança do paciente ruim ou muito ruim; e, para 60% dos profissionais administrativos e demais categorias, a segurança do paciente é regular.

Tabela 9 - Distribuição da nota da segurança do paciente do HSOPSC: categoria profissional

Categoria Profissional	Nota (%)				
	Excelente	Muito Boa	Regular	Ruim	Muito ruim
<b>Médico</b>	7,4	48,1	42,6	1,9	-
<b>Outros nível superior</b>	10,0	25,0	50,0	15,0	-
<b>Enfermeiro</b>	2,6	17,9	69,2	10,3	-
<b>Téc. Enfermagem</b>	5,8	25,6	60,4	7,2	1,0
<b>Téc/aux Farmácia e Nutrição</b>	7,5	15,0	65,0	12,5	-
<b>Serviços Gerais</b>	13,0	13,0	73,9	-	-
<b>Téc. Administrativo</b>	14,0	16,3	58,1	7,0	4,7
<b>Outro</b>	8,7	25,2	60,6	3,9	1,6

**Outros nível superior:** Assistente Social, Farmacêutica, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicóloga

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

Com relação a notificação de eventos (tabela 10), os enfermeiros são os profissionais que mais notificam, 87,5% relataram pelo menos um evento ao longo de um ano, assim como 62,5% dos outros profissionais assistenciais de nível superior; dos técnicos de enfermagem, 61,0% não relatou evento e quase metade dos médicos (48,3%) também afirmaram não terem relatado; do total da amostra, apenas 2,8% notificaram 21 ou mais eventos ao longo de um ano.

Tabela 10 - Distribuição do número de eventos notificados nos últimos 12 meses do HSOPSC: categoria profissional

Categoria Profissional	Eventos notificados (%)					
	Nenhum	1 a 2	3 a 5	6 a 10	11 a 20	21 ou mais
<b>Médico</b>	48,3	30,0	13,3	5,0	-	3,3
<b>Outros nível superior</b>	37,5	30,0	2,5	12,5	10,0	7,5
<b>Enfermeiro</b>	12,5	12,5	32,5	22,5	10,0	10,0
<b>Técnico Enfermagem</b>	61,0	24,8	12,4	1,4	-	0,5
<b>Téc/aux Farmácia e Nutrição</b>	39,0	24,4	29,3	4,9	-	2,4
<b>Serviços Gerais</b>	52,2	13,0	17,4	8,7	8,7	-
<b>Téc. Administrativo</b>	50,0	19,0	16,7	7,1	4,8	2,4
<b>Outro</b>	56,9	16,9	15,4	6,9	-	3,8

**Outros nível superior:** Assistente Social, Farmacêutica, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicóloga

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

#### 5.1.4 Resultados por setor da aplicação do HSOPSC

Com o objetivo de identificar a cultura de segurança do paciente nos setores assistenciais do hospital e naqueles que prestam apoio técnico para assistência (Centro de Materiais e Esterilização, Farmácia e Nutrição), os resultados foram estratificados conforme tabela 11.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a Unidade de Cuidados Especiais (UCE) foram agrupadas por serem coordenadas pelos mesmos gestores médicos e de enfermagem, assim como o Centro Cirúrgico (CC) e a Sala de Recuperação Pós Anestésica (SR). Os setores que compõem os Serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos (SADT): Endoscopia, Raio-x, Ambulatório, Oncologia e Reumatologia também foram agrupados por serem gerenciados pela mesma coordenadora de enfermagem.

Observa-se, na estratificação por setor, que o Serviço de Emergência, apresenta quatro dimensões fortalecidas para cultura de segurança do paciente: “trabalho em equipe dentro das unidades”, “aprendizado organizacional”, “apoio da gestão para segurança do paciente” e “expectativas sobre seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente” sendo os índices de respostas positivas 85,6%, 77,6%, 77,6% e 76,9%, respectivamente. Além deste, os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos identificaram o “trabalho em equipe dentro das unidades” como área forte para segurança do paciente (75,0%). Os demais setores não identificaram dimensões fortalecidas.

A Unidade de Terapia Intensiva e a de Cuidados Especiais foi o setor que identificou o maior número de dimensões fragilizadas para segurança do paciente, oito das 12 dimensões obtiveram índices iguais ou inferiores a 50%, seguida das Unidades de Internação, Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação, SADT e apoio técnico para assistência com sete dimensões fragilizadas e finalmente a Emergência com quatro áreas identificadas como frágeis para segurança do paciente.

A dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” foi considerada frágil apenas para os setores de apoio técnico para assistência, assim como “apoio da gestão para segurança do paciente” para a UTI e UCE e “frequência de relatos de eventos” para a Emergência. A dimensão “percepção geral da segurança do paciente” foi considerada frágil por todos os setores, exceto pela Emergência.

As dimensões “adequação de profissionais”, “trabalho em equipe entre unidades” e “respostas não punitivas aos erros” foram consideradas frágeis para segurança do paciente em todos os setores, sendo que esta última apresentou os índices mais baixos de respostas positivas.

Na análise de comparação, em oito dimensões, os índices de respostas positivas diferenciaram-se significativamente entre os setores. A Emergência destaca-se como o setor com os índices mais elevados e esta diferença é estatisticamente significativa, exceto para a dimensão “aprendizado organizacional e melhoria contínua”; No CME, Farmácia e Nutrição, áreas de apoio técnico para a assistência, o “trabalho em equipe dentro das unidades” foi considerado frágil em relação aos demais; A dimensão, “passagem de plantão ou de turno / transferenciais” foi considerada fragilizada por todos, exceto pela Emergência, e esta diferença de percepção foi estatisticamente significativa.

Os itens componentes de cada dimensão, estratificados por setor, estão apresentados no Apêndice H. Dos 42 itens, 12 (28,6%) foram considerados fortes na Emergência, cinco (11,9%) no SADT, três (7,1%) nas Unidades de Internação, dois (4,8%) no CC/SR e na UTI/UCE e as áreas de Apoio consideraram um item (2,4%) fortalecido.

O item “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” foi o único considerado forte em todos os setores, com índices de respostas positivas de 96,1% na Emergência, 83,5% no CC/SR, 81,4% na Unidade de Internação, 80% na UTI/UCE, 79,2% nas áreas de Apoio e 78,7% no SADT.

O índice mais elevado de resposta positiva (96,1%), foi identificado na Emergência nos itens “O meu líder imediato não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente” e “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”. O item com o menor percentual de resposta positiva (10,9%) foi “as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si” no Centro Cirúrgico.

Tabela 11 - Comparativo do percentual médio de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC: setores assistenciais e de apoio técnico para assistência

Dimensão	% Respostas positivas						p
	UI	UTI/UCE	SE	CC/SR	SADT	Apoio	
Trabalho em equipe dentro das unidades	67,7 <sup>A</sup>	69,2 <sup>A</sup>	85,6 <sup>B</sup>	52,0 <sup>C</sup>	75,0 <sup>AB</sup>	48,1 <sup>C</sup>	0,000**
Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente	64,7 <sup>A</sup>	59,2 <sup>A</sup>	76,9 <sup>B</sup>	65,7 <sup>A</sup>	65,2 <sup>A</sup>	57,7 <sup>A</sup>	0,012*
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	66,7	65,0	77,6	67,3	63,1	67,0	0,256
Apoio da gestão para a segurança do paciente	56,3 <sup>A</sup>	48,0 <sup>A</sup>	77,6 <sup>B</sup>	53,6 <sup>A</sup>	56,0 <sup>A</sup>	57,4 <sup>A</sup>	0,001**
Percepção geral da segurança do paciente	43,7 <sup>A</sup>	43,3 <sup>A</sup>	59,1 <sup>B</sup>	50,2 <sup>B</sup>	45,2 <sup>A</sup>	42,5 <sup>A</sup>	0,006**
Retorno da informação e comunicação sobre erro	45,4 <sup>AC</sup>	50,6 <sup>A</sup>	63,5 <sup>B</sup>	41,2 <sup>C</sup>	49,6 <sup>AC</sup>	54,5 <sup>AB</sup>	0,006**
Abertura da comunicação	47,4	45,0	55,8	42,4	56,0	50,6	0,098
Frequência de relato de eventos	56,9	54,6	50,0	56,4	52,5	56,7	0,926
Trabalho em equipe entre as unidades	39,8 <sup>AB</sup>	35,8 <sup>AB</sup>	45,7 <sup>A</sup>	26,6 <sup>C</sup>	39,4 <sup>AB</sup>	33,7 <sup>BC</sup>	0,002**
Adequação de profissionais	42,2 <sup>A</sup>	44,5 <sup>A</sup>	47,1 <sup>A</sup>	47,0 <sup>A</sup>	47,3 <sup>A</sup>	31,3 <sup>B</sup>	0,000**
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	32,3 <sup>AB</sup>	36,3 <sup>A</sup>	51,5 <sup>C</sup>	26,4 <sup>A</sup>	29,3 <sup>AB</sup>	31,0 <sup>A</sup>	0,001**
Respostas não punitivas aos erros	27,2	23,3	24,4	25,5	34,8	32,7	0,159

SADT: Endoscopia, Raio-x, Ambulatório, Oncologia e Reumatologia; Apoio: CME, Farmácia e Nutrição

<sup>A, B, C</sup>: Medidas seguidas da mesma letra não diferem entre si.

Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis: \*significativo  $p \leq 0,05$ ; \*\*significativo  $p \leq 0,01$ .

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

### 5.1.5 Resultados da questão discursiva

A questão discursiva do questionário (Seção H: seus comentários) foi respondida por 141 profissionais (22,9%): 79 do Grupo Assistencial e 62 de Apoio Técnico Administrativo, sendo que deste último, quatro foram excluídos por constar como resposta “nada a dizer / declarar” ou por não ser possível o entendimento do comentário.

Os comentários foram transcritos para um arquivo da Microsoft Word e a análise desta seção foi realizada através da redução e categorização conforme as 12 dimensões de cultura de segurança do paciente do instrumento, Sugestões de Melhorias e Comentários relacionados a Pacientes e Familiares. A íntegra deste arquivo encontra-se nos Apêndices I e J.

Os participantes do grupo assistencial que responderam esta questão emitiram 104 comentários. Destes, 81 (77,9%) estavam relacionados a alguma dimensão da cultura de segurança do paciente e assim foram categorizados, sendo sinalizados àqueles comentários que reforçaram aspectos positivos para a dimensão (Tabela 12). Foram sugeridas 16 ações de melhoria para organização e emitidos sete comentários relacionados a pacientes e familiares (Apêndice I).

Tabela 12 - Distribuição dos comentários por dimensão de cultura de segurança do paciente e o percentual de comentários positivos: grupo assistencial

Dimensão	Comentários	
	N total	Positivos n (%)
Trabalho em equipe dentro das unidades	04	03 (75,0)
Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente	14	00
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	04	04 (100)
Apoio da gestão para a segurança do paciente	04	01 (25,0)
Percepção geral da segurança do paciente	12	10 (83,3)
Retorno da informação e comunicação sobre erro	05	02 (40,0)
Abertura da comunicação	04	01 (25,0)
Frequência de relato de eventos	04	03 (75,0)
Trabalho em equipe entre as unidades	06	00
Adequação de profissionais	15	06 (40,0)
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	08	01 (12,5)
Respostas não punitivas aos erros	01	00
<b>Total de Comentários</b>	<b>81</b>	<b>31 (38,3%)</b>

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

Menos da metade dos comentários relatados pelo grupo assistencial, reforçaram aspectos positivos. Os participantes emitiram 14 comentários relacionados a liderança e ações promotoras da segurança do paciente, seis relacionados a “trabalho em equipe entre unidades” e um da dimensão “respostas não punitivas aos erros” e nenhum destes reforçou aspectos positivos, já 83% dos comentários categorizados na dimensão “percepção geral da segurança do paciente” foram relatos positivos.

No grupo Apoio Técnico Administrativo, 62 profissionais responderam a questão gerando 61 comentários categorizados nas 12 dimensões (Tabela 13), 10 sugestões de melhorias e seis comentários relacionados a pacientes e seus familiares (Apêndice J).

Tabela 13 - Distribuição dos comentários por dimensão de cultura de segurança do paciente e o percentual de comentários positivos: grupo de apoio técnico administrativo

Dimensão	Comentários	
	N total	Positivos n (%)
Trabalho em equipe dentro das unidades	07	02 (28,6)
Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente	08	00
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	04	01 (25,0)
Apoio da gestão para a segurança do paciente	04	03 (75,0)
Percepção geral da segurança do paciente	10	10 (100)
Retorno da informação e comunicação sobre erro	01	00
Abertura da comunicação	02	01 (50,0)
Frequência de relato de eventos	03	01 (33,3)
Trabalho em equipe entre as unidades	05	03 (60,0)
Adequação de profissionais	14	04 (28,6)
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	02	00
Respostas não punitivas aos erros	01	01 (100)
<b>Total de Comentários</b>	<b>61</b>	<b>26 (42,6%)</b>

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

Assim como no grupo assistencial, menos da metade dos comentários reforçaram aspectos positivos relacionados as dimensões da cultura de segurança do paciente. Nenhum aspecto positivo foi reforçado nas dimensões “expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente”, “retorno da informação e comunicação sobre erro” e “passagem de plantão ou de turno/ transferências”.



## 5.2 ETAPA QUALITATIVA

A fase qualitativa deste estudo, conforme mencionado anteriormente, foi planejada e definida após a análise preliminar dos resultados quantitativos. Optou-se pela adoção do grupo focal como estratégia metodológica para explorar os resultados encontrados na etapa anterior e atender aos objetivos propostos desta pesquisa.

Importante salientar que foi a primeira vez na instituição em que se realizou uma pesquisa envolvendo a técnica de grupo focal e que nenhum dos profissionais havia participado desta metodologia previamente. Todos os membros do grupo demonstraram motivação e interesse para contribuir com a pesquisadora, vislumbrando melhorias institucionais.

O material produzido a partir das discussões do grupo foram organizados e agrupados em três categorias, a saber: Elementos que explicam o nosso *status quo*, Desvendando a Política de Segurança do Paciente, Mãos à obra para mudar nossa realidade.

### 5.2.1 Elementos que explicam o nosso *Status Quo*

No primeiro encontro do grupo focal, foi realizada uma dinâmica para apresentar os resultados da etapa quantitativa e alinhar os conceitos sobre cultura de segurança do paciente e dimensões que compõem o HSOPSC. Cada participante recebeu uma tabela (Apêndice C) com a lista das 12 dimensões e, após leitura do significado de cada uma destas pela coordenadora do grupo, solicitou-se aos participantes que registrassem em cores (verde, amarelo ou vermelho) o resultado que, de acordo com sua opinião, foi encontrado na pesquisa, tanto na sua unidade de trabalho quanto no hospital. Optou-se por classificar o resultado por cores para facilitar o entendimento sendo considerado verde as dimensões fortalecidas (respostas positivas acima de 75%), vermelho para as dimensões frágeis (igual ou inferior a 50%) e amarelo (entre 51% e 74%). Durante a dinâmica já surge o primeiro elemento que influencia na segurança do paciente, desvelado pelas cores a serem escolhidas:

- *Tem uma canetinha preta aí? (P2)*
- *Preta? (coordenadora)*
- *[risadas de todas as participantes]*
- *Sim... porque o pior aspecto da segurança do paciente pra mim é a passagem de informações. (P2)*
- *Pra mim também (P4)*
- *Também acho (P1)*

(Fonte: Grupo Focal, 05/10/2017)

Após a dinâmica, a pesquisadora apresentou os resultados da pesquisa. Silêncio e surpresa foram as reações iniciais das participantes ao se depararem com as planilhas contendo os resultados gerais da instituição, de seus setores e por categoria profissional. Mas, a dinâmica despertou a curiosidade do grupo e um ambiente descontraído deu espaço para o início da discussão.

Ao analisar o material, o grupo concorda com os resultados apresentados e reforça que a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente ainda é bastante fragilizada e que as quatro dimensões consideradas fragilizadas independente da estratificação “adequação de profissionais”, “trabalho em equipe entre unidades”, “passagem de plantão ou turno e transferências” (exceto para o Serviço de Emergência) e “respostas não punitivas aos erros” são realmente pontos críticos na instituição. Mas o que chamou a atenção das participantes para o início da discussão foram os resultados positivos apontados pelos médicos.

A categoria médica, tem uma percepção mais otimista em relação a cultura de segurança do paciente conforme resultados da pesquisa comparado com os demais profissionais de saúde. Para eles, os profissionais se apoiam uns aos outros, se tratam com respeito e trabalham junto como uma equipe; acreditam que as lideranças consideram as sugestões de seus subordinados reconhecendo a participação destes nos processos de melhoria; e, que existe, a partir dos erros cometidos, aprendizado organizacional e melhoria contínua. Na discussão, o grupo ponderou que essa diferença está relacionada ao fato de que o médico não permanece na instituição e assim não vivencia os problemas enfrentados pelas equipes assistenciais, especialmente nas unidades de internação, conforme ilustrado no diálogo a seguir:

- *A avaliação do médico em relação a percepção de segurança do paciente é diferente dos outros profissionais que atendem o paciente [...] A impressão que dá é que o médico não tem a percepção acurada da segurança, os outros profissionais que assistem o paciente estão mais preocupados. (P2)*
- *O médico foi o que respondeu mais positivamente, em três dimensões, não se viu isso em nenhuma outra categoria. (P8)*
- *Difícil de avaliar trabalho em equipe dos médicos nas unidades abertas, na UTI tem médico fixo, na emergência tem médico que só fica ali, agora e no andar? o médico vai lá, dá uma ordem, vira as costas e vai embora, difícil de trabalhar em equipe se a equipe não tem o respaldo do médico [...]. (P2)*
- *O médico muitas vezes vem, faz a sua avaliação, faz a prescrição e vai embora. E os demais profissionais permanecem na instituição. (P4)*
- *Seria importante se o médico, especialmente em unidade de internação pudesse passar para a enfermeira qual é opinião que ele tem... esse paciente tá “assim” e vai fazer “assado”, se ele fizer “assado” é porque não tá legal, me avisa... que ela pudesse ter o acesso fácil aos médicos,*

*que a unidade de internação pudesse ter um retorno fácil do médico, não ficar ligando e ele não atendendo. (P8)*

- *A gente está acostumada a conversar com médico no corredor ou por telefone, a gente combina uma coisa e ele me diz: eu vou prescrever, só que ele não passa pra enfermeira e ele não prescreve, e aí é uma limitação [...] a gente posterga um, dois até três dias a conduta, que faz toda a diferença pro paciente porque o médico não prescreveu. (P6)*
- *Não é fácil trabalhar em equipe, e eu acho que o médico acha que é simples. (P2)*

(Fonte: Grupo Focal, 05/10/2017)

O trabalho em equipe é um grande desafio e duas dimensões avaliadas pelo HSOPSC, tratam desta questão: no âmbito da sua própria unidade e entre as unidades hospitalares. A primeira delas foi apontada como fortalecida pelos enfermeiros e médicos, assim como nos serviços de emergência e apoio diagnóstico e terapêutico, já o trabalho em equipe entre os setores do hospital foi considerado fragilizado para todas as categorias profissionais e setores do hospital. Os enfermeiros, como líderes das unidades assistenciais, têm consciência da importância do trabalho multidisciplinar e necessitam que o trabalho seja integrado para proporcionar aos pacientes uma assistência segura, assim evidenciado pelo grupo:

- *O enfermeiro sabe que se não for o trabalho em equipe a coisa não anda. (P4)*
- *O enfermeiro é muito gestor do que acontece no dia a dia, tudo passa pela enfermeira do setor, tudo são elas que tem que resolver, então para elas trabalho em equipe parece uma coisa muito mais natural do que para os demais. (P2)*
- *Ele [enfermeiro]interage mais com todos os outros profissionais do que qualquer outra categoria. (P8)*
- *Eu acho que sem essa interação dos enfermeiros com os demais profissionais, o trabalho não funcionaria [...] essa interação é básica para o sistema funcionar. (P1)*

(Fonte: Grupo Focal, 05/10/2017)

As relações entre as áreas do hospital demonstraram-se bastante fragilizadas com base nos resultados apontados pela pesquisa. Decisões regionais, sem uma visão institucional sistêmica, somadas a um gradiente de hierarquia contribuem para o distanciamento entre as áreas, evidenciado pelo grupo a partir do diálogo a seguir:

- *A gente vê com frequência, decisões tomadas regionalmente. O setor X avalia sua necessidade, ajusta conforme acha importante para eles mas depois o doente vai para o setor Y onde a necessidade não é a mesma do setor X e aí com frequência a gente tem atrito entre a equipe do setor X e do setor Y, porque a gente está querendo fazer diferente deles ou eles fizeram diferente e lá estava tudo bem, mas quando vem pra cá, aqui não fica tudo bem, porque as necessidades das áreas são diferentes. (P2)*

- *Mas aí também tem as questões de estrelismo, tipo eu faço, eu aconteço (P1)*
- *E a enfermagem fica no meio. (P4)*
- *[risadas]*
- *Muitas vezes eu vejo um jogo de poder, muito, muito poder, de quem pode mais... me pergunto se as condutas tomadas são de acordo com a necessidade do setor ou com a minha necessidade... isso impacta muito e o maior prejudicado é o paciente. (P1)*
- *Se todo mundo pensasse em quem vai ser o próximo a agir, se eu fizesse o meu trabalho sabendo que eu vou entregar ele nas mãos da fulana e dizer assim, olha agora é contigo, ficaria mais fácil e seguro para o paciente (P2).*

(Fonte: Grupo Focal, 05/10/2017)

Aliado aos elementos, decisões regionais e gradientes de hierarquia, o grupo apontou falhas na comunicação para implantação de rotinas como uma importante causa geradora de estresse tanto entre setores quanto entre profissionais:

- *Eu acho que a gente tem um grande problema de comunicação entre as unidades com relação as rotinas novas, é difícil chegar lá na ponta porque tudo é feito a nível de supervisão e até chegar lá na ponta a informação já se distorceu. (P8)*
- *A forma de disseminação da informação é muito difícil. (P2)*
- *Tem vezes que eu recebo novas orientações de colegas de outros setores relacionadas a ao meu trabalho, que a minha chefia ainda não me passou e isso vai impactar no meu trabalho, vai impactar nos processos, e eu acho que isso é um dos grandes problemas que a gente tem aqui, não só na área da enfermagem, mas nas coisas que são conjuntas, por exemplo, entre enfermagem e farmácia. Se definem rotinas, mas lá em cima [referindo-se a supervisão] e aí... qual é a forma que vai chegar isso? Quando é que a gente vai começar essa rotina nova? Como vamos preparar essas pessoas? Quando vê a coisa já está acontecendo e aí... (P8)*
- *E aí não dá certo! (P4)*

(Fonte: Grupo Focal, 05/10/2017)

O sucesso do trabalho em equipe, seja na sua própria unidade ou entre setores ou ainda, entre profissionais está relacionado a cooperação e coordenação entre os atores. Uma relação baseada em respeito e empatia promove a cultura de segurança do paciente. Nas discussões grupais, percebe-se fragilidades nestes aspectos:

- *Dependendo da pessoa que te atende, vai ser um facilitador na tua vida ou então, só Deus sabe. (P1)*
- *É bem assim. (várias participantes)*
- *Mesmo que o paciente não seja dele [facilitador] ou que ele não esteja envolvido ele vai te ajudar, vai resolver. Mas isso é raro. (P1)*
- *Os profissionais não se respeitam. (P3)*
- *Aqui temos muita insubordinação [...] quando tu diz: fulano assume tal sala ou tal paciente, ele te responde: não eu vou terminar o meu lanche de*

*depois eu vou assumir. Poxa, mas se tu estás pedindo é porque é importante! (P1)*

- *Verdade. (várias participantes)*
- *Está faltando muita colaboração entre os colegas, parcerias, que a gente não tem aqui. Precisamos de uma remodelagem, uma reorganização [...] resgatar a questão do respeito, valorização, parceria. (P1)*

(Fonte: Grupo Focal, 05/10/2017)

Instituições hospitalares são sistemas altamente complexos e a qualidade da assistência prestada depende da interação de inúmeros processos de trabalho a serem desenvolvidos por uma gama de profissionais, de diferentes áreas do conhecimento, somados ao grau de expectativa de um paciente e uma família que está no centro desta operação. Processos mal desenhados, descoordenados e burocratizados são elementos que influenciam, de forma negativa, a disseminação de práticas seguras nas organizações de saúde:

- *A nossa passagem de plantão não é muito padrão, ela é diferente entre as unidades, a gente prioriza algumas coisas dependendo do setor e na transferência pode ser que eu deixe de passar alguma informação importante. (P4)*
- *Tem processos que envolvem muitas pessoas e com muitos passos [...] e em algum momento a informação se perde. (P2)*
- *Citando a nutrição como exemplo, o médico prescreve, a enfermagem precisa passar via sistema, a técnica de nutrição pegar esta informação, a nutricionista avaliar [...] a chance de erro é muito grande. (P6)*
- *Imagina a questão do medicamento então... a medicação não padronizada é um problema, porque só pode ser liberada pela equipe da comissão de padronização que pode demorar até 48 horas para responderem. (P2)*
- *Sem contar o medicamento que o paciente traz de casa. O médico acha que o paciente está recebendo, mas ele não trouxe, não está recebendo. É uma gestão que não é muito simples, não é bem definida e cada unidade tem o seu jeito. (P10)*
- *Não vamos nem falar do sistema informatizado [...] o antibiótico é de 8 em 8 horas e só sai o horário das 16h. (P3)*
- *E aí tem o nome farmacológico e o nome comercial. (P4)*
- *Na prescrição é conforme o médico prescreve, mas depende da forma de cobrança. (P10)*
- *É... falta padronização (P4)*
- *Algumas vezes a gente tem que brigar com o outro serviço para lembrar que o paciente está internado e que não pode esperar três, quatro dias para fazer um exame (P2)*

(Fonte: Grupo Focal, 19/10/2017)

Sobrecarga de trabalho foi assunto amplamente discutido pelo grupo durante os dois encontros como um elemento impactante para a qualidade assistencial e segurança do paciente:

- *A gente tem uma sobrecarga muito grande de pacientes, então aquela coisa de conversar com o paciente, com a família, de avaliar o risco de queda adequadamente acaba ficando, porque tu tem uma pressão para liberar os pacientes para o andar, o mais rápido que puder, o técnico*

*também acaba tendo que medicar rápido, tendo que pegar um acesso rápido demais... (P3)*

- *Vira mecânico! (P4)*
- *Acaba sendo uma bola de neve, porque começa lá na emergência, passando rápido para o andar, que já tem uma sobrecarga de trabalho também (P8)*
- *E o paciente não tem uma avaliação do risco de queda durante um mês internado ou um histórico de enfermagem ou um Fugulin<sup>1</sup> adequado. (P3)*
- *Ou a avaliação não foi a melhor que podia ser e daqui a pouco esse paciente não devia ter ido para o andar. (P2)*
- *Se tu tá correndo, tu não consegue passar direito o plantão, informar o que precisava, fica faltando... Penso que o dimensionamento influencia nisso também. (P9)*
- *Eu acho que é pela sobrecarga de todos os profissionais que a segurança falha. (P4)*

(Fonte: Grupo Focal, 05 e 12/10/2017)

A preocupação com o risco jurídico tem despertado o interesse das organizações de saúde na atualidade e o receio de uma ação judicial tem impacto direto na assistência e nas relações dos profissionais com o paciente e sua família. Esta questão foi abordada pelo grupo, durante o segundo encontro do grupo focal, como um elemento contribuinte que impede os profissionais de conversarem livremente e notificarem erros e que, além disso, interfere no atendimento e na relação entre profissionais e paciente / família:

- *[...] a gente tem medo de discutir as nossas falhas porque hoje tem toda essa questão da judicialização, hoje em dia, se um copo de água não for dado, pode virar um processo jurídico. (P9)*
- *E a gente deixa de fazer coisas que acha importante por conta desse temor da judicialização. Teoricamente, se a gente fizer tudo certo, dentro do protocolo, de como manda a técnica não tem porque ter medo. Mas as vezes, tem uma família inadequada, uma pessoa que diz assim: “eu sou advogado e vou fazer isso e aquilo”, criando uma situação desagradável. (P2)*
- *As vezes o paciente tem condições de alta e a família não quer levar o paciente, bate o pé, diz que não tem condições, que vai acionar e enfim, fica todo mundo ali e a coisa não vai adiante. (P8)*
- *É a estrutura social pesando no serviço hospitalar. (P2)*
- *Exatamente isso. (P8)*

(Fonte: Grupo Focal, 19/10/2017)

Ao se discutir sobre os resultados da pesquisa, na qual constatou-se que profissionais assistenciais de nível superior tem uma percepção mais fortalecida sobre cultura de segurança do paciente comparada com a equipe de nível técnico (enfermagem, nutrição e farmácia), o

---

<sup>1</sup> Fugulin: Sistema de Classificação de Paciente que permite estimar, quantificar e avaliar a demanda de cuidados de enfermagem por grupos de pacientes, categorizando-os de acordo com a necessidade de cuidados em um período de tempo específico.



grupo considerou que esta diferença justifica-se pela sobrecarga de trabalho, alta rotatividade, cultura punitiva e pressão por produção.

- *Eles são muito sobrecarregados e isso faz com que enxerguem o lado negativo de tudo, mesmo quando tu propõe uma atividade de aprendizado, na visão deles isso vai atrapalhar porque quando voltar tem muito trabalho. (P5)*
- *Tem muita rotatividade também, quando a gente tá aprendendo o nome deles já mudou, já foi pra outro setor e aí tu tem que começar tudo de novo. (P2)*
- *Eles são muito cobrados, o técnico é o mais cobrado por todo mundo. A informação passa pela enfermeira, mas quem é cobrado na hora, quem é xingado e quem é chamado atenção é o técnico. (P4)*
- *[todos concordam]*
- *E pra eles sempre tem resposta punitiva! Eu não vejo o técnico ser orientado quando ele faz alguma coisa errada, eles recebem muita advertência, por qualquer evento. Eles são muito pressionados, sentem medo de falar. (P4)*

(Fonte: Grupo Focal, 05/10/2017)

Liderança é o elemento que, segundo o grupo, pode explicar a percepção de cultura de segurança fortalecida demonstrada pelos profissionais no Serviço de Emergência e explicitada pelo grupo durante os dois encontros:

- *Ela é muito presente na assistência, não é distante, participa das reuniões e nos passa as coisas que estão acontecendo, é motivada e passa essa motivação e eu acho que isso faz 95% desse resultado [referindo-se ao resultado da pesquisa]. E a gente vê esse resultado na assistência. (P3)*
- *Uma liderança que compreenda o dia a dia da assistência faz toda a diferença. (P2)*
- *Ela tá próxima, tu podes questioná-la, pode dar dicas, tem uma abertura direta. (P3)*
- *A gente percebe que a gestão da emergência é muito presente. Tem se trabalhado humanização e simulação realística quando acontecem reclamações e eu acho que isso tem refletido nesse resultado também, (P9)*
- *Vocês trabalham em cima do erro? (P11)*
- *Sim, do erro e dos SACs (relatos ao Serviço de Atendimento ao Cliente)... a gente transforma em simulação realística com ajuda da equipe. Todo mês a gente escolhe uma cena e faz. (P9)*
- *[Surpresa para a maioria dos participantes]*
- *Isso é uma forma de fazer feedback e ao mesmo tempo envolver a equipe. As pessoas não se sentem cobradas e a repercussão não é negativa. (P2)*
- *Ela conhece o lado do técnico, já passou pelas dificuldades que os técnicos e os enfermeiros passam. Hoje ela tá do outro lado, mas já vivenciou na pele [...] isso influencia bastante. (P5)*
- *Quando tem um SAC, ela liga e fala com o familiar para discutir uma reclamação, dá retorno. O funcionário percebe isso. (P9)*

(Fonte: Grupo Focal, 05 e 19/10/2017)

### 5.2.2 Desvendando a Política de Segurança do Paciente

A Política de Segurança do Paciente (Anexo D) foi lida para as participantes no segundo encontro do grupo focal e pode-se perceber que a mesma não era de conhecimento da maioria das participantes:

- *Nunca vi. (P4)*
  - *Nem sabia que existia. (P2)*
  - *Eu sabia que existia, mas nunca li. (P6)*
  - *Eu sabia que existia, já li, mas não tenho domínio total. (P3)*
  - *Eu já tinha dado uma lida. (P8)*
  - *O texto me parece muito bom... é adequado, agora se ele está sendo aplicado adequadamente eu digo que não, mas o texto é bom. (P2)*
- (Fonte: Grupo Focal, 19/10/2017)

A disseminação de uma cultura justa, transparente e educativa é a tríade que norteia a Política de Segurança do Paciente estabelecida pela instituição em 2013. A etapa quantitativa desta pesquisa apontou que “respostas não punitivas aos erros” é a dimensão mais fragilizada da cultura de segurança do paciente, segundo a percepção dos participantes. Questionadas sobre o porquê da punição, se existe uma política institucional que estimula a notificação dos incidentes, garantindo transparência, justiça e aprendizado a partir de um erro, o grupo argumentou o seguinte:

- *Porque é uma questão cultural e tu tens que punir alguém pelo que aconteceu e não pensar em evitar o que aconteceu, em treinar. (P9)*
  - *Isso vem de cima pra baixo, muitas vezes eu não gostaria de punir, mas eu sou cobrada pra fazer isso. Então eu faço porque eu estou sendo cobrada e se alguma coisa acontece com um técnico isso também é culpa minha, porque eu sou a líder da equipe, então a culpa é minha também, e aí é um efeito cascata. (P4)*
  - *Punir eu acredito que sim, mas em determinadas situações que tu consiga provar e ter certeza que foi “desleixo”. Agora, se o profissional estava sobrecarregado tu não vai punir um funcionário, acontece, o erro nunca vem sozinho, sempre vem numa consequência de outro. (P5)*
- (Fonte: Grupo Focal, 19/10/2017)

A cultura punitiva é prevalente nas instituições de saúde no mundo e, nesta pesquisa não foi diferente, o medo da punição diante de um erro está no dia a dia dos profissionais de saúde. O grupo discorre sobre a dificuldade de ser justo diante de um erro:

- *A minha dúvida é o quanto a gente consegue ser justo. (P10)*
- *Exatamente... é difícil. (P9)*



- *Eu dei o treinamento, todo mundo sabia... mas então porque não fizeram... e aí não foi ninguém. Isso me assusta... quando as pessoas não assumem os seus erros, não foi ninguém! (P10)*
- *Aí eu acho que é digno receber uma advertência. (P5)*
- *Então dá vontade de dar advertência para todo mundo que estava naquele horário. (P10)*
- *Pois é... mas então será que o silêncio não é medo? (P9)*
- *Ou o próprio funcionário tirando proveito da situação? (P1)*
- *Eu vejo muita dificuldade de lidar com aqueles funcionários que não são bons, que não são motivados, que geram um exemplo negativo e vão botando todo mundo a perder [...] e tu não consegue fazer nada, não consegue demitir. Tu fica com os ruins misturados com os bons. (P10)*
- *Esse caso é comportamental, a gente teria que ter autoridade para já dar uma advertência na hora, mas não tem. Tu leva mais de um ano para demitir um funcionário. (P1)*

(Fonte: Grupo Focal, 19/10/2017)

Amadurecer para uma cultura justa requer envolvimento da alta direção, desenvolvimento de líderes e uma comunicação que seja aberta e transparente, livre de julgamentos e gradientes de autoridade.

O processo de notificação de um incidente é o ponto de partida para promover o aprendizado organizacional. Metade dos profissionais pesquisados na primeira etapa responderam que ao longo de um ano, não realizaram notificação de incidentes. Sobre a sub notificação de incidentes o grupo tece os seguintes comentários:

- *A questão da notificação de incidentes, a gente está começando agora, há pouco tempo a gente começou a falar mais para os técnicos o que notificar, onde notificar. (P3)*
- *Na minha área a gente notifica tudo que chega pra nós, mas as vezes eu vejo algumas coisas escondidas pelos técnicos. Temos conversado, explicado que é para evitar que futuros erros aconteçam [...] mas temos muitas dificuldades com funcionários mais antigos, porque eles têm aquela cultura de que não vai dar em nada ou que sempre foi assim, com os novos têm sido mais fácil. (P5)*
- *Nós temos intimidação pelos familiares, eles querem que tu resolva o problema. (P9)*
- *A gente é muito intimidado por todas as partes, pelo familiar que é advogado, ou pelo médico, ou pelo pai que é juiz [...] e aí intimida, faz com que tu tente esconder o erro, tu tenta solucionar para que ninguém descubra. (P5)*
- *Não é todo mundo que tem coragem de chegar e dizer: olha eu errei, eu fiz isso e aquilo. (P1)*

(Fonte: Grupo Focal, 19/10/2017)

O retorno da informação aos notificantes é uma etapa do complexo sistema de gerenciamento dos incidentes. Durante as discussões, o grupo aponta as fragilidades institucionais relacionadas ao *feedback* das notificações:

- *A gente acaba não dando retorno para quem notifica, acaba ficando por isso [...] eu não dou retorno do que a gente vai fazer referente a isso. (P3)*
- *Eu acho que o retorno chega muito tarde e aí quando tu vai falar com o funcionário ele nem lembra mais. (P5)*
- *Outro dia tivemos um problema sério na unidade [...] eu não fiquei sabendo se sentaram e discutiram, se resolveram, se fizeram a espinha de peixe. (P10)*
- *Esse retorno só fica para quem vai na reunião. (P9)*
- *Sim... mas nem todo mundo poder ir na reunião! (P10)*

(Fonte: Grupo Focal, 19/10/2017)

### 5.2.3 Mãos à obra para mudar nossa realidade

Romper com um paradigma e evoluir no grau de maturidade da cultura de segurança é, além de um grande desafio, uma necessidade para as organizações de saúde na atualidade. Discutir e elencar oportunidades de melhoria foi um dos objetivos propostos desta pesquisa e o grupo focal apresenta a seguir suas sugestões:

#### a) Padronizar processos de trabalho e melhorar a comunicação:

- *Eu acho que deveria ter uma maior padronização, nas passagens de plantão, nas solicitações dos exames... protocolos que sejam gerais para todo o hospital. (P4)*
- *Regras para todo mundo... tu vai ter que se adequar a isso, por que é assim que nós trabalhamos. (P10)*
- *Melhorar a comunicação das decisões institucionais, que chegue efetivamente no menor dos elos dessa corrente, que todo mundo tenha acesso à informação. (P2)*

(Fonte: Grupo Focal, 19/10/2017)

#### b) Educar e capacitar os profissionais de modo institucional para práticas seguras:

- *Tem treinamentos que devem ser obrigatórios e para todas áreas. (P7)*
- *E já na admissão... a partir do momento que a pessoa é admitida no hospital, tem que saber da política de segurança. (P8)*

(Fonte: Grupo Focal, 19/10/2017)

#### c) Promover *Feedback* positivo, valorizar e reconhecer os profissionais:

- *[...] fazer a equipe se sentir útil, perceberem que uma ação deles pode resultar em algo para o paciente, mostrar o quanto eles são importantes e as suas responsabilidades no cuidado do paciente, na realização das tarefas (P1)*
- *A gente está tão focado no paciente, que é o nosso propósito, mas também temos que pensar no funcionário. Um funcionário valorizado, tu dando valor para ele, ele se sentindo importante, sentindo que ele realmente tá*

*ali fazendo a diferença, com certeza ele vai tratar muito melhor do nosso paciente. (P10)*

- *Pensar em alguma forma de incentivo, que muitas vezes não é reconhecimento financeiro. (P1)*
- *Na nossa área tem o “broche” para quem é do time de parada [...] são profissionais que se destacaram no treinamento e tiveram o melhor desempenho, estes são convidados a fazer parte do time. Eles se sentem importantes. (P7)*
- *Claro, a pessoa se sente importante, se sente parte da equipe e assim vai querer participar cada vez mais. (P10)*
- *Pequenos detalhes fazem toda a diferença. (P5)*
- *Se a gente quer pensar em soluções, não podemos exigir mais do profissional, a gente precisa talvez exigir um pouco mais da instituição. (P6)*

(Fonte: Grupo Focal, 19/10/2017)

d) Envolver o paciente e sua família na assistência:

- *Tem bastante trabalho falando que envolver o paciente na questão da segurança faz muita diferença. (P10)*
- *Exato... será que não é de aproveitar esse gancho e trazer a família e o paciente pra junto? (P1)*
- *Empoderar o paciente... porque no momento que ele me questiona e questiona a equipe a gente se questiona também. (P 4)*

(Fonte: Grupo Focal, 19/10/2017)

e) Reuniões de trabalho periódicas para discussão de eventos com os grupos táticos e operacionais:

- *Quando iniciaram as notificações, a gente se reunia, fazia estudo do caso, conseguia identificar todo o processo, era muito legal esse trabalho [...] mas acabou se perdendo, se conseguíssemos retomar este trabalho seria muito bom. (P1)*
- *Nós poderíamos ter uma reunião dos enfermeiros e também, nossa com técnicos. Seria o momento de discutir os eventos e dar retorno. (P3)*
- *Por esse grupo, podemos perceber que a gente tem uma necessidade muito grande de falar, podíamos criar um grupo como esse aqui. (P1)*
- *Sem chefes? (P12)*
- *[risos]*
- *Multissetorial. (P3)*
- *Isso, um grupo tático e multi setorial. (P1)*
- *Eu concordo! (maioria das participantes)*

(Fonte: Grupo Focal, 19/10/2017)

E assim, num clima de descontração e com a certeza de que há muito trabalho a fazer para transformar a cultura de segurança nas instituições de saúde, encerrou-se o segundo encontro do grupo focal.

A figura 15 apresenta a síntese das três categorias com suas unidades de significação que emergiram durante as discussões do grupo focal e que explicam os resultados encontrados para a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente conforme as dimensões do HSOPSC, além de atender aos objetivos propostos para a etapa qualitativa deste estudo.

Figura 15 - Síntese das categorias, subcategorias e unidades de registro da percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente conforme o HSOPSC

Categories	Subcategorias	Unidades de registro
Elementos que explicam o nosso <i>Status Quo</i>	Fragilidades para a Cultura de segurança do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Falhas na comunicação</li> <li>✓ Sobrecarga de trabalho, alta rotatividade e pressão por produção</li> <li>✓ Processos mal desenhados, descoordenados e burocratizados</li> <li>✓ Decisões regionais</li> <li>✓ Gradientes de hierarquia</li> <li>✓ Falta de cooperação, respeito e empatia</li> <li>✓ Risco jurídico</li> </ul>
	Fortalezas para a Cultura de segurança do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estilo de liderança</li> </ul>
Desvendando a Política de Segurança do Paciente	Cultura punitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Medo da punição</li> <li>✓ Subnotificação de incidentes</li> <li>✓ Feedback</li> </ul>
Mãos à obra para mudar nossa realidade	Oportunidades de Melhoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Padronização</li> <li>✓ Comunicação</li> <li>✓ Educação</li> <li>✓ Valorização e reconhecimento</li> <li>✓ Envolvimento</li> </ul>

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

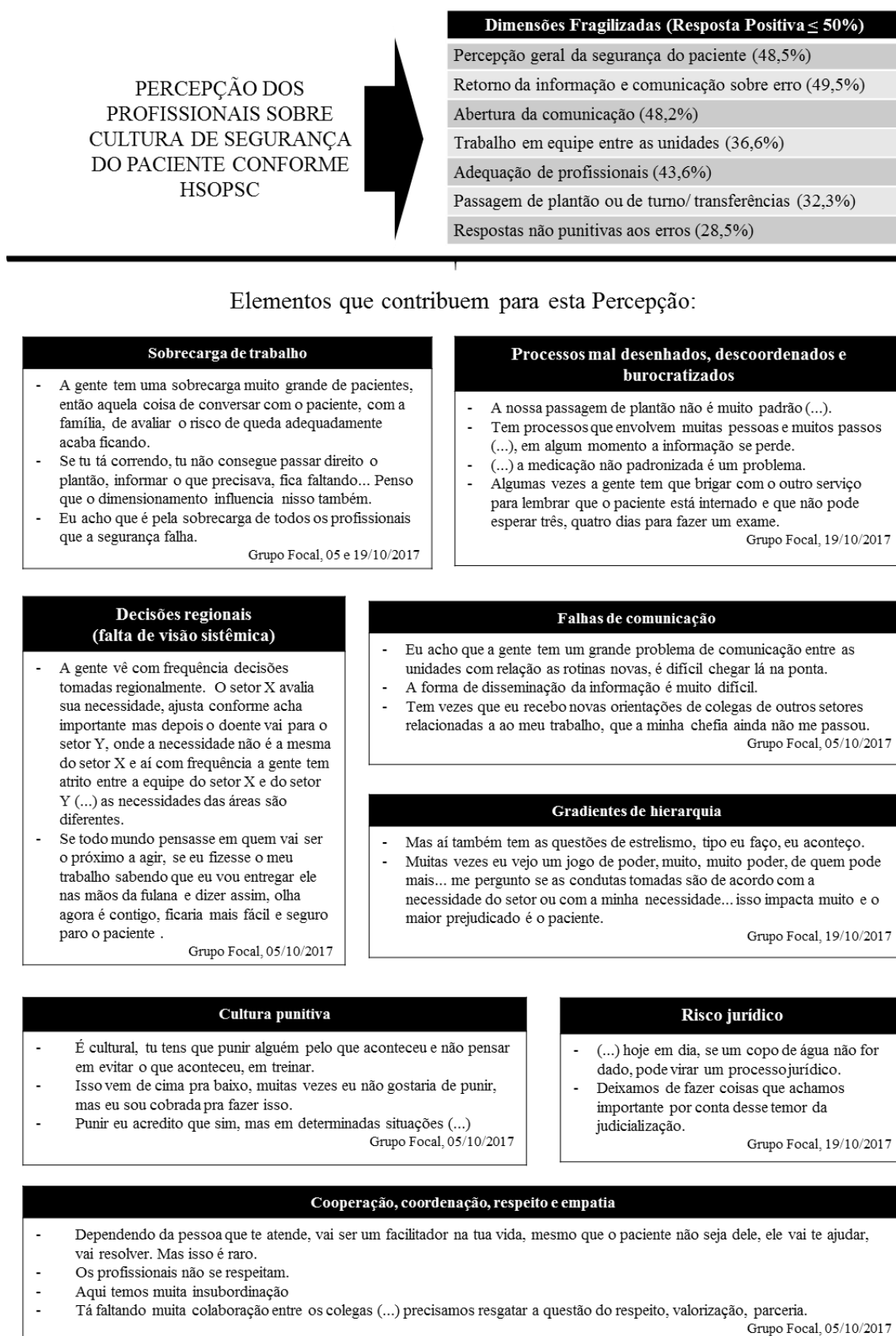
### 5.3 RESULTADOS INTEGRADOS

A integração dos dados quantitativos e qualitativos nas pesquisas de métodos mistos é uma etapa crítica que consiste em integrar os resultados de forma coerente, confirmando-os entre si e ampliando sua compreensão, além de oferecer um novo olhar sobre os resultados.

A integração nesta pesquisa é apresentada por exibição conjunta dos dados e informações (*joint displays*) e, na sequência, apresentam-se as meta inferências obtidas a partir da análise dos dados integrados.

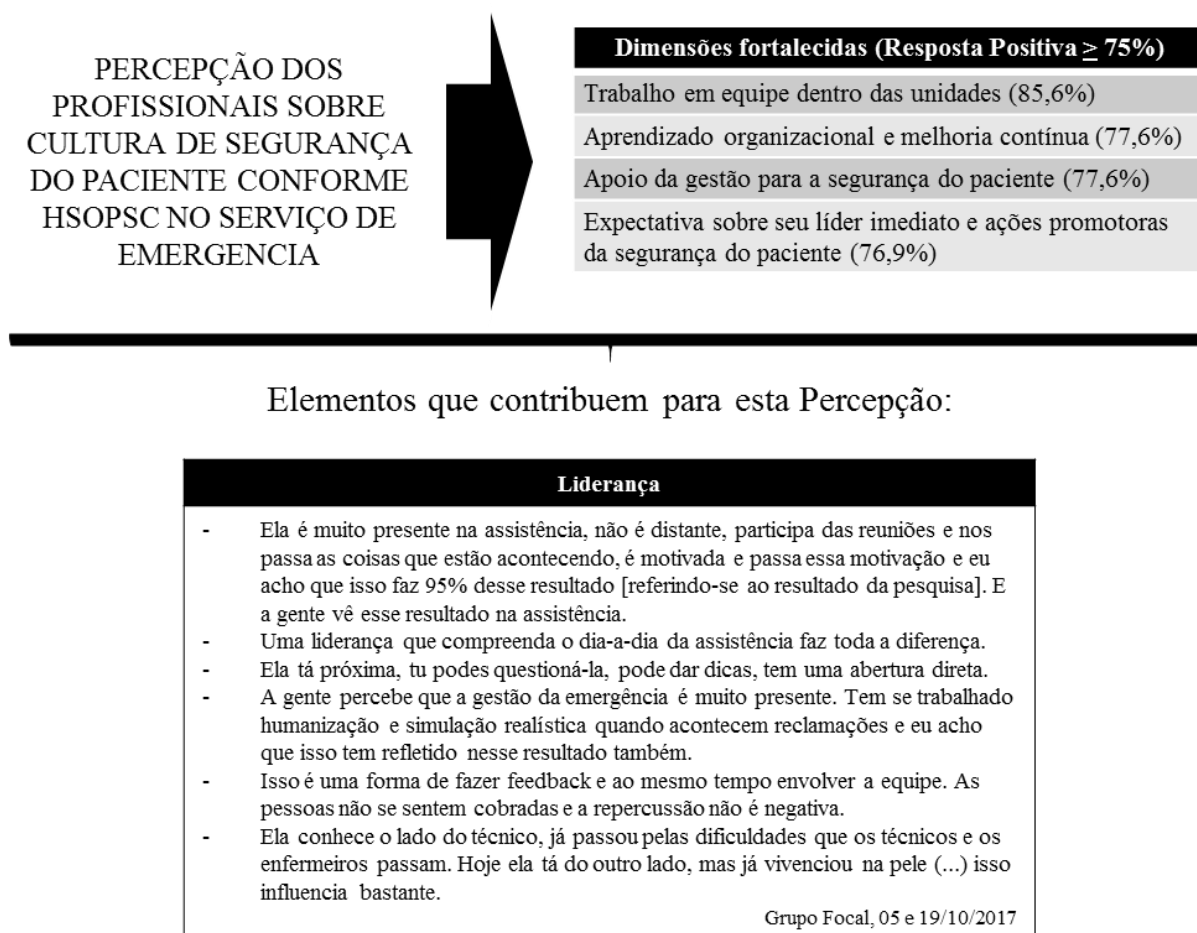
A figura 16 apresenta os resultados das dimensões consideradas fragilizadas para cultura de segurança do paciente, conforme as dimensões do HSOPSC e os elementos que, segundo os participantes do grupo focal contribuem para esta percepção e explicam os resultados encontrados.

Figura 16 - Dimensões fragilizadas para cultura de segurança do paciente e elementos que contribuem para esta percepção



O Serviço de Emergência foi o único setor que identificou quatro dimensões fortalecidas para cultura de segurança do paciente. A figura 17, apresenta os resultados destas dimensões e o elemento que, segundo os participantes do grupo focal contribuem para esta percepção e explicam os resultados encontrados.

Figura 17 - Dimensões fortalecidas para cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência e elementos que contribuem para esta percepção



Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

Na estratificação por categoria profissional, pelo menos uma dimensão foi considerada fortalecida pelos profissionais assistenciais de nível superior, sendo que os médicos identificaram três e enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, uma dimensão. A categoria técnica, tanto de enfermagem quanto de farmácia e nutrição, não identificaram dimensões fortalecidas. Os elementos que explicam essas diferenças foram elucidados no grupo focal e a figura 18, sintetiza esses resultados.



Figura 18 – Percepção dos profissionais assistenciais da cultura de segurança do paciente estratificadas por categoria profissional e elementos que contribuem para esta percepção

Dimensões	Nível Superior			Nível Técnico	
	Médicos	Enfermeiros	Outros	Enfermagem	Farmácia e Nutrição
Trabalho em equipe dentro das unidades	81,7	84,5	72,5	59,8	39,9
Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente	75,0	69,6	72,5	61,3	58,3
Aprendizado organizacional – melhoria continua	78,1	69,0	75,8	66,4	63,0

### Elementos que contribuem para esta Percepção:

#### Modelo de trabalho médico

- A impressão que dá é que o médico não tem a percepção acurada da segurança, os outros profissionais que assistem o paciente estão mais preocupados.
- O médico muitas vezes vem, faz a sua avaliação, faz a prescrição e vai embora. E os demais profissionais permanecem na instituição.
- Não é fácil trabalhar em equipe, e eu acho que o médico acha que é simples.

Fonte: Grupo Focal, 05/10/2017

#### O olhar do enfermeiro

- O enfermeiro sabe que se não for o trabalho em equipe a coisa não anda.
- O enfermeiro é muito gestor do que acontece no dia a dia, tudo passa pela enfermeira do setor, tudo são elas que tem que resolver, então para elas trabalho em equipe parece uma coisa muito mais natural do que para os demais.
- Ele interage mais com todos os outros profissionais do que qualquer outra categoria
- Fonte: Grupo Focal, 05/10/2017

#### Sobrecarga de trabalho, alta rotatividade, cultura punitiva e pressão por produção

- Eles são muito sobrecarregados e isso faz com que enxerguem o lado negativo de tudo, mesmo quando tu propõe uma atividade de aprendizado, na visão deles isso vai atrapalhar porque quando voltar tem muito trabalho.
- Tem muita rotatividade também, quando a gente tá aprendendo o nome deles já mudou, já foi pra outro setor e aí tu tem que começar tudo de novo.
- Eles são muito cobrados, o técnico é o mais cobrado por todo mundo. A informação passa pela enfermeira, mas quem é cobrado na hora, quem é xingado e quem é chamado atenção é o técnico.
- E pra eles sempre tem resposta punitiva! Eu não vejo o técnico ser orientado quando ele faz alguma coisa errada, eles recebem muita advertência, por qualquer evento.
- Eles são muito pressionados, sentem medo de falar.

Fonte: Grupo Focal, 05/10/2017

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

A análise integrada permite inferir que as reflexões obtidas a partir das discussões do grupo focal validam os resultados encontrados com a aplicação do HSOPSC. As meta inferências, interpretações extraídas pela integração dos elementos quantitativos e qualitativos, desta pesquisa são apresentadas a seguir:

- a) A percepção da cultura de segurança do paciente é fragilizada, conforme as dimensões do HSOPSC;



- b) Fatores relacionados à organização do trabalho somados aos elementos da gestão de pessoas e à judicialização contribuem para uma percepção fragilizada;
- c) O estilo de liderança pode fortalecer a cultura de segurança do paciente;
- d) Profissionais assistenciais de nível superior, especialmente médicos, têm uma percepção mais fortalecida sobre a cultura de segurança do paciente;
- e) A sobrecarga, a pressão por produção e o medo da punição são elementos relacionados à percepção mais fragilizada da cultura de segurança do paciente pelos profissionais de nível técnico;
- f) A percepção de cultura de segurança do paciente não difere conforme o tempo de atuação no hospital e há fraca correlação com a tempo de profissão;
- g) A Política institucional de Segurança do Paciente é desconhecida para a maioria dos profissionais, a cultura punitiva é predominante e há dificuldades para implementação da cultura justa;
- h) Padronização, comunicação, educação, retorno da informação, valorização dos profissionais e envolvimento do paciente são oportunidades de melhoria organizacional a serem desenvolvidas.

A cultura de segurança do paciente é um tema complexo na atualidade e estudá-lo, a partir de uma abordagem mista, permite aprofundar e compreender o que por vezes está submerso nas relações organizacionais.

## 6 DISCUSSÃO

*“Na discussão, o vencido obtém maior proveito,  
pois aprende aquilo que ainda não sabia”*

Epicuro

A discussão desta pesquisa, considerando a metodologia proposta, inicia-se confrontando os resultados da percepção dos profissionais de saúde acerca das dimensões de cultura do paciente, mensuradas a partir da aplicação do HSOPSC, com as publicações nacionais e internacionais que versam sobre este tema e que utilizaram este instrumento como forma de coleta de dados. Concomitantemente, os elementos que contribuem para esta percepção, evidenciados durante as sessões do grupo focal, são discutidos de forma a explicar e corroborar os achados iniciais, sustentando os resultados integrados deste estudo.

A percepção dos profissionais, nesta pesquisa, é de uma cultura fragilizada para a segurança do paciente conforme as dimensões do HSOPSC. Na análise geral, nenhuma das 12 dimensões foi considerada fortalecida e sete foram consideradas frágeis, sendo a dimensão “respostas não punitivas aos erros” a mais crítica (29,0%), seguida da “passagem de plantão ou turno e transferências” (32,6%), “trabalho em equipe entre unidades” (36,8%), “adequação de profissionais” (44,2%), “abertura da comunicação” (48,7%), “percepção geral da segurança do paciente” (49,2%) e “retorno da informação e comunicação sobre o erro” (49,9%).

A literatura aponta para uma predominância de estudos que revelam culturas fragilizadas para segurança do paciente. Uma revisão sistemática<sup>(35)</sup>, publicada em 2018, analisou 33 estudos que utilizaram o HSOPSC ao redor do mundo, com exceção da América Latina (de acordo com os critérios de elegibilidade nenhum estudo foi incluído), demonstrou que “trabalho em equipe dentro da unidade”, “aprendizado organizacional e melhoria contínua”, “abertura da comunicação” e “expectativas e ações promotoras de segurança dos supervisores e gerentes” foram as únicas dimensões que em algum destes estudos demonstraram-se fortalecidas para cultura de segurança do paciente. As demais foram identificadas como fragilizadas em algum estudo, sendo as mais críticas: “respostas não punitivas aos erros” com índices variando de 3,5 a 47% de respostas positivas, “adequação de profissionais” (14 - 45%), “passagem de plantão ou turno e transferências” (24,6 - 49,7%) e “trabalho em equipe entre unidades” (24,6 - 44%).

A “adequação dos profissionais” foi percebida como uma dimensão frágil para segurança do paciente em 60% dos estudos incluídos nesta revisão sistemática sugerindo que os profissionais sentem-se sobrecarregados, pelo dimensionamento inadequado, podendo

prejudicar a qualidade do cuidado prestado. O “trabalho em equipe entre unidades” foi considerado fragilizado em 30% dos estudos e “passagens de plantão / turnos e transferências” em 36%, sendo este último considerado um ponto crítico pelo alto risco para ocorrência de incidentes, perda de informações e fragmentação da assistência nos momentos de transição do cuidado. Por fim, uma cultura punitiva parece existir nos hospitais em geral, “respostas não punitivas aos erros” foi considerada uma dimensão fragilizada em 70% dos estudos, o que desencoraja o relato dos incidentes pelas equipes, dificultando assim a análise das causas e impedindo a aprendizagem a partir dos erros<sup>(35)</sup>.

Corroborando com os resultados desta revisão, as quatro dimensões mencionadas acima foram aquelas que, independente da análise realizada nesta pesquisa, seja por grupos, categoria profissional ou setor (exceto Emergência), sempre demonstraram-se fragilizadas para segurança do paciente, o que denota que estes aspectos são realmente paradigmas na área da saúde e desafios a serem superados.

Na comparação dos resultados desta pesquisa com o banco de dados do AHRQ<sup>(133)</sup>, observa-se que nos hospitais americanos a percepção é de uma cultura de segurança do paciente mais fortalecida: apenas as dimensões “respostas não punitivas aos erros” e “passagem de plantão ou turno e transferências” demonstraram-se fragilizadas para segurança do paciente, sendo que esta última tem um índice de resposta positiva de 48%, próxima do limite de 50%. Chama atenção que essas duas dimensões também foram aquelas que pontuaram os índices mais baixos de respostas positivas desta pesquisa. A maior diferença observada entre os resultados foi na dimensão “trabalho em equipe entre unidades” onde nesta pesquisa, o percentual de respostas positivas foi de 36,8% e naquele, 61%, demonstrando que o apoio entre os profissionais, o respeito mútuo e o trabalho em time está mais desenvolvido entre os americanos.

Esta pesquisa apontou muitas dimensões fragilizadas para cultura de segurança do paciente porém mais de 90% dos participantes atribuiu nota, no mínimo, regular para a segurança do paciente na instituição, semelhante aos resultados encontrados no banco de dados americano (93%), entre os chineses (95%)<sup>(140)</sup> e sauditas (94%)<sup>(162)</sup>, contrário aos iranianos onde 27,4% a consideraram ruim ou muito ruim, segundo os resultados de uma meta-análise<sup>(144)</sup>.

Ainda na comparação com os resultados do AHRQ chama a atenção também que, mesmo com uma cultura mais fortalecida para segurança, mais de 55% dos americanos afirmaram não ter notificado um único incidente ao longo de um ano e, nesta pesquisa, 48,2% dos participantes notificaram pelo menos um incidente de segurança. Em nenhum outro item,

os resultados desta pesquisa foram superiores aos encontrados no banco de dados do AHRQ (133).

No Brasil, ainda são restritas as publicações em periódicos científicos que analisaram a percepção de cultura de segurança utilizando o HSOPSC e a maioria limita-se a análise de categorias profissionais ou áreas específicas, especialmente enfermagem e terapia intensiva<sup>(31-33)</sup>.

Um estudo brasileiro<sup>(34)</sup> que analisou a percepção de 215 profissionais vinculados à assistência (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros) de três hospitais no Rio Grande do Norte, com diferentes tipos de gestão (federal, estadual e privado) demonstrou que: a) no hospital privado, cinco dimensões foram consideradas fortalecidas para segurança do paciente – “apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” (90,2%), “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (87,6%), “expectativa e ações promotoras de segurança dos supervisores e gerentes” (86,4%), trabalho em equipe entre unidades (77,3%) e “trabalho em equipe na unidade” (76,8%); b) no estadual, todas as dimensões foram consideradas fragilizadas com índices de respostas positivas variando de 19,7% para a dimensão “passagens de plantão ou turnos e transferências internas” e 50,0% para “expectativa e ações promotoras de segurança dos supervisores e gerentes”; c) no hospital federal, metade das dimensões foram consideradas frágeis.

Os resultados do estudo realizado no Rio Grande do Norte, consoantes com os encontrados nesta pesquisa, reforçam que “respostas não punitivas aos erros”, “passagem de plantão ou turno e transferências”, “trabalho em equipe entre unidades”, “adequação de profissionais”, “abertura da comunicação”, “percepção geral da segurança do paciente” e “retorno da informação e comunicação sobre o erro” são áreas prioritárias para ações de melhoria da cultura de segurança do paciente.

Compreender os elementos que poderiam explicar esta percepção foi também objeto desta pesquisa. Processos mal desenhados, descoordenados e burocratizados associados a sobrecarga de trabalho, falhas de comunicação, decisões regionais, gradientes de hierarquia e o risco de judicialização foram apontados, pelo grupo focal, como contribuintes para uma percepção de cultura fragilizada. A existência de uma cultura punitiva, por vezes velada, somada a dificuldade de implementação de uma cultura justa também foram apontados durante as discussões como elementos presentes neste contexto.

As fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente foram objetos de um estudo qualitativo avaliativo<sup>(163)</sup>, conduzido por um grupo espanhol e composto por 19 enfermeiros que, baseado na técnica Delph modificada (Mini-Delphi), identificaram as barreiras ou

limitações que afetam o desenvolvimento das estratégias de segurança bem como oportunidades para o seu aprimoramento. Sob o ponto de vista desta categoria, o corporativismo das profissões, aspectos organizacionais e de infraestrutura das organizações, ausência de indicadores confiáveis de segurança, comunicação, cultura e formação em segurança foram elencados como ameaças para segurança do paciente e, no quesito fortalezas e oportunidades, seis aspectos foram apontados: mudança organizacional, fomento da cultura de segurança, formação e desenvolvimento profissional, relação com os pacientes, pesquisa e planejamento estratégico.

Esta pesquisa e o estudo conduzido por Martinez<sup>(163)</sup> destacam questões relacionadas a carga de trabalho como limitações para o desenvolvimento de estratégias voltadas a segurança do paciente. Este tema é conhecido da enfermagem e já estudado previamente por Magalhães<sup>(164)</sup> que, por meio de uma pesquisa de método misto, evidenciou associação significativa entre carga de trabalho e segurança do paciente em unidades de internação clínica e cirúrgica de um hospital universitário. Neste estudo, o aumento do número de pacientes atribuído à equipe de enfermagem por dia foi associado, de forma significativa com aumento da incidência de quedas, infecção relacionada a acesso central, absenteísmo, rotatividade dos profissionais e redução da satisfação dos pacientes com a equipe de enfermagem, sendo confirmados pelos participantes durante os grupos focais e elucidado na caminhada fotográfica.

É evidente a importância da comunicação e do trabalho em equipe interdisciplinar como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados. Diferenças hierárquicas, poder e conflitos no contexto do trabalho têm influências direta no modo como a comunicação se estabelece, fazendo com que as categorias profissionais atuem em paralelo, em detrimento do trabalho em equipe<sup>(165)</sup>.

As barreiras apontadas pela literatura para o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre os profissionais versam, entre outros fatores, sobre a diversidade na formação profissional; tendência de alguma categoria profissional em se comunicar mais uns com os outros; gradientes de hierarquia, especialmente do médico sobre os demais profissionais; dificuldade de os profissionais se expressarem frente aos seus colegas de trabalho; superlotação e número inadequado de profissionais; medo da punição diante do relato de um erro<sup>(163, 165-166)</sup>.

Falhas de comunicação tem sérias implicações nas passagens de plantão e transferências internas. Vulnerabilidades neste processo, como apontado nesta pesquisa através da falta de padronização e por outros como interrupções, conversas paralelas, entradas e saídas antecipadas, qualidade das informações passadas e a qualificação da equipe interferem

diretamente na qualidade da passagem de plantão e conseqüentemente na continuidade da assistência<sup>(167)</sup>.

A subnotificação dos incidentes de segurança, reportado em vários estudos e inclusive nesta pesquisa tem sua raiz na cultura punitiva ainda predominante nos serviços de saúde. Falar de erro é um tabu tanto entre os profissionais quanto para com a sociedade, o erro é visto como algo que merece punição, quando na verdade, erro por definição é um ato não intencional. A abordagem do erro sob o ponto de vista sistêmico, segundo Reason<sup>(15)</sup> tem como premissa que humanos são falhos e sendo assim, os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Erros são vistos como conseqüências e não causas e quando ocorrem, a questão primordial não é encontrar quem errou, mas sim como e porque as barreiras falharam.

Cada pessoa, como membro de uma equipe deve, entre suas responsabilidades no ambiente de trabalho, ser comprometida, competente e gerir seu próprio comportamento, à organização, compete tratar as pessoas de forma justa quando “as coisas dão errado”. O conceito de uma cultura justa requer um ambiente no qual os profissionais aceitem ser responsabilizados por suas próprias ações e saibam que serão tratados de forma justa e não culpados por algo que esteve fora do seu controle. A utilização de algoritmos de responsabilização auxilia neste processo de mudança cultural, devendo ser aplicado de forma periódica por meio de simulação, como método de educação, e discussões regulares nas reuniões em equipe<sup>(100)</sup>.

Nos encontros do grupo focal, foi evidenciado a prática da punição diante de um evento e a dificuldade na gestão de pessoas para àqueles comportamentos considerados imprudentes e negligentes. Somados a isso, a falta de reuniões de equipes e *feedback* pós análise dos incidentes contribuem para a perpetuação da cultura punitiva na instituição.

O risco jurídico foi um fator apontado pelos participantes do grupo focal como contribuinte para uma percepção mais negativa, acerca das questões relacionadas a segurança do paciente. O fenômeno da judicialização da saúde vem crescendo de forma vertiginosa e a cada ano há um incremento no número de ações com decisões, muitas vezes, favoráveis aos cidadãos obrigando o sistema de saúde a arcar com a viabilização dos direitos, que nem sempre significam benefícios para o próprio indivíduo, podendo acarretar em desequilíbrios sociais<sup>(168)</sup>. O temor de um processo judicial e a intimidação percebida pelos profissionais faz com estes assumam posturas e condutas defensivas, tenham dificuldades em falar e assumir seus erros além de estabelecerem uma relação de desconfiança na prestação do cuidado. Na revisão de literatura realizada para a construção desta pesquisa, o risco jurídico não foi evidenciado como um elemento associado nos estudos que analisaram a percepção de cultura de segurança do paciente.

Os profissionais podem ter diferentes percepções de cultura de segurança do paciente caracterizando subculturas dentro de uma mesma organização. Nesta pesquisa, a comparação entre profissionais assistenciais e àqueles que exercem atividades de apoio técnico administrativo demonstrou, embora com resultados muito parecidos à primeira vista e com as mesmas dimensões fragilizadas, diferença estatisticamente significativa em duas das 12 dimensões. Os assistenciais têm uma percepção mais positiva para o “trabalho em equipe dentro da unidade” e na “expectativa sobre seu líder imediato e ações promotoras de segurança”. O fato de estarem na linha de frente, diante do paciente e terem que tomar decisões rapidamente em situações estressantes pode explicar essa diferença. Esses profissionais, conforme evidenciado pelos itens componentes das dimensões, se apoiam mais uns nos outros, se tratam com respeito e percebem que seus líderes dão atenção suficiente aos problemas de segurança.

Já na comparação entre as categorias profissionais desta pesquisa, os médicos demonstraram uma percepção mais positivas comparadas com os demais, contrário aos resultados dos estudos de Campbell<sup>(169)</sup>, Nie<sup>(140)</sup> e Tereanu<sup>(147)</sup> que, ao compararem as categorias médicas e de enfermagem, identificaram nos enfermeiros uma percepção mais positiva em relação às dimensões de cultura de segurança do HSOPSC.

O estudo conduzido por Campbell<sup>(169)</sup> em uma instituição hospitalar americana de 900 leitos que analisou a percepção de cultura de segurança do paciente por meio do HSOPSC de 2.163 profissionais, sendo 1.733 enfermeiros e 430 médicos, demonstrou que os percentuais de respostas positivas foram superiores para os enfermeiros nas dimensões “aprendizado organizacional” (72% x 60%), “frequência de eventos relatados” (53% x 35%), adequação de profissionais (71% x 58%), “passagem de plantão / turno e transferências internas” (49% x 31%) e “respostas não punitivas aos erros” (49% x 31%), nas demais dimensões, os resultados foram semelhantes.

Nie et al.<sup>(140)</sup> avaliaram 1.160 profissionais de saúde, predominantemente médicos e enfermeiros, de 32 hospitais em 15 cidades na China e demonstrou diferenças significativas em oito dimensões: “trabalho em equipe no âmbito na unidade”, “aprendizado organizacional e melhoria contínua”, “apoio da gestão para segurança do paciente”, “*feedback* e comunicação sobre o erro”, “percepção geral da segurança do paciente”, “abertura da comunicação”, “respostas não punitivas aos erros” e “adequação de profissionais”. Em apenas dois dos 42 itens do instrumento, o percentual de resposta positiva dos médicos foi superior ao dos enfermeiros.

No estudo de Tereanu<sup>(147)</sup> que analisou 929 profissionais de três hospitais na República de Maldova, “expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores” foi a única



dimensão em que a percepção dos médicos foi mais fortalecida na comparação com as enfermeiras.

A percepção mais fortalecida para os médicos nesta pesquisa surpreendeu os participantes do grupo focal e foi explicada pela forma como os médicos se organizam e atuam no seu dia a dia de trabalho bem como nas relações que estabelecem com os demais membros da equipe multidisciplinar.

O modelo biomédico orienta o estilo de pensamento médico e molda o seu trabalho desde a sua formação, que é centrada no paradigma clínico e tem no mecanicismo, no biologismo, no individualismo, no especialismo, na exclusão das práticas alternativas, na tecnificação do ato médico e ênfase na medicina curativa os elementos ideológicos do seu saber. Transpor do paradigma clínico para o paradigma sanitário que reflete uma concepção mais ampliada do processo, com raízes na epidemiologia e alicerçado na globalidade, na determinação social do processo saúde doença, no coletivismo, no equilíbrio do conhecimento geral / especializado, na inclusão de práticas alternativas, no uso de tecnologia adequada e na integralidade da atenção constitui-se uma mudança cultural<sup>(170)</sup>.

A cultura de segurança do paciente ainda pode ser percebida de maneira diferente para indivíduos de uma mesma categoria profissional. Um estudo envolvendo 550 enfermeiras nos Estados Unidos e Canadá demonstrou que a posição hierárquica de trabalho influenciou na percepção de segurança, sendo esta, mais positiva para as enfermeiras com cargos de gerência ou administrativas, comparado com as assistenciais<sup>(171)</sup>.

Nesta pesquisa, na comparação entre os profissionais que exercem assistência direta aos pacientes ou que atuam nos serviços de farmácia e nutrição, apenas os profissionais de nível superior identificaram dimensões fortalecidas (respostas positivas  $\geq 75\%$ ), sendo essa diferença estatisticamente significativa nas dimensões “trabalho em equipe dentro da unidade”, “expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente” e “aprendizado organizacional e melhoria contínua”. Na visão do grupo focal, sobrecarga de trabalho, alta rotatividade, pressão por produção e uma cultura de punição explicam essa diferença na percepção dos profissionais de nível técnico.

Ainda na comparação dos profissionais quanto ao seu grau de instrução, a análise evidenciou que na maioria das dimensões, os profissionais com curso superior percebem a segurança mais positivamente exceto para as dimensões “frequência de relato de eventos” e “passagem de plantão ou de turnos/transferências” onde os índices de respostas positivas foram superiores para o grupo de nível médio. Surpreende o grupo de nível técnico considerar a frequência de relato mais positivamente uma vez que mais de 61% dos técnicos de enfermagem,



52,2% dos profissionais dos serviços gerais, 50% dos administrativos e 40% dos técnicos e auxiliares da farmácia e nutrição afirmaram não ter notificado nenhum incidente ao longo de um ano.

Os profissionais, quando comparados por tempo de atuação do hospital, não demonstraram diferenças de percepção em nenhuma dimensão da cultura de segurança do paciente o que nos faz refletir que os profissionais, quando admitidos em uma organização, são absorvidos e incorporam a cultura existente. Buscou-se ainda identificar diferenças de percepção correlacionando-a com tempo de profissão, inferindo-se que a experiência poderia estar relacionada com a maneira que os profissionais percebem a segurança. Apenas a dimensão “aprendizado organizacional e melhoria contínua” apresentou uma fraca correlação.

As diferenças identificadas na forma como cada categoria profissional percebe a cultura de segurança do paciente e o fato desta não se diferenciar na comparação por tempo de atuação tanto na instituição quanto na sua profissão corroboram com o referencial de Schein<sup>(106)</sup>, que admite a existência de cultura nas profissões. Na área da saúde e especialmente entre a categoria médica, percebe-se um padrão cultural, talvez explicado pelo intenso período de educação e aprendizagem que envolve esta área, já que cultura é resultado de uma aprendizagem compartilhada de atitudes, normas e valores, que por fim, se tornarão suposições assumidas como verdadeiras, “aceitas como certa sem questionamento”<sup>(101)</sup>.

Na comparação entre setores, foram observadas diferenças estatisticamente significativas, demonstrando a existência de subculturas na organização, também corroborando com o referencial citado que admite a possibilidade de múltiplas culturas dentro de uma mesma organização e ainda, que estas múltiplas culturas estejam em conflito umas com as outras de tal modo que não exista uma cultura corporativa única<sup>(101)</sup>.

A Emergência foi a área que identificou o maior número de dimensões fortalecidas, seguida dos Serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos. A comparação entre setores de uma organização hospitalar também foi avaliada no estudo de Campbell<sup>(169)</sup> que evidenciou variações substanciais entre as áreas sendo as mais críticas para cultura de segurança o Centro Cirúrgico e a Emergência, as razões para estes achados não foi investigado pelos autores do estudo.

Liderança foi o fator apontado durante as discussões no grupo focal que explica esta percepção na Emergência e este apontamento não surpreende uma vez que há evidências na literatura sugerindo que a liderança afeta a percepção dos profissionais acerca do clima de segurança<sup>(155)</sup>. Quando gestores demonstram compromisso e garantem os recursos necessários,

incentivos e recompensas para promover a segurança, percepções positivas são emanadas pelo grupo.

O referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo<sup>(100)</sup> salienta que líderes existem em todos os níveis e em todos os grupos, inclusive entre os pacientes e suas famílias. Reconhece ainda, que líderes de alto escalão desenvolvem estratégias, os de nível médio trabalham predominantemente na gestão e os operacionais se concentram na perspicácia clínica e atendimento aos pacientes. O referencial requer que líderes formais e informais estejam empenhados em alcançar a excelência operacional atendendo a quatro responsabilidades:

- a) Proteger o sistema de aprendizagem: envolver-se plenamente no trabalho de autorreflexão que leva à transparência, compreender e aplicar a ciência da melhoria, da confiabilidade e aprendizagem contínua e inspirar esse trabalho em toda a organização;
- b) Promover a segurança psicológica: assegurar-se de que todas as pessoas da organização, inclusive os pacientes e seus familiares, possam expressar confortavelmente suas preocupações, sugestões e ideias para mudanças;
- c) Fomentar a confiança: criar um ambiente de respeito absoluto, de modo que as pessoas sintam que suas opiniões são valorizadas e que qualquer comportamento negativo ou abusivo é rapidamente corrigido;
- d) Assegurar o alinhamento de valores: aplicar os valores organizacionais a todas as decisões tomadas, seja em nome da segurança, da efetividade, do foco no paciente, da prontidão, da eficiência ou da equidade.

A liderança transformacional é reconhecida como o estilo capaz de criar um clima de segurança e implementar iniciativas de melhoria contínua da qualidade<sup>(155)</sup>. Caracteriza-se pela presença de um líder com a habilidade de transformar o ambiente e mudar a realidade de qualquer lugar por onde passa, de resolver problemas dos mais simples aos mais complexos, além de ser um visionário, estrategista e comprometido com o desenvolvimento de seus liderados. Uma liderança transformacional é capaz de modificar comportamentos e formar profissionais e pessoas melhores, por meio de seus exemplos e atitudes<sup>(172)</sup>.

A definição do estilo de liderança exercida pelos gestores dos setores e unidades do hospital não foi objeto desta pesquisa, porém, as qualidades apontadas pelo grupo focal para a supervisão do serviço de emergência sugerem um estilo transformacional, reconhecendo nesta líder abertura para comunicação, incentivo à educação e formação profissional, trabalho em equipe, *feedback* e reconhecimento dos seus subordinados.

As sugestões de melhorias emanadas pelos participantes do grupo focal apontaram para questões organizacionais como padronização de processos, melhoria da comunicação, programa institucional de educação e discussão de eventos adversos. Além destas, a valorização e reconhecimento dos profissionais e o envolvimento do paciente e sua família na assistência, chamaram a atenção durante as discussões.

Voltar o olhar para o profissional é essencial na busca de uma cultura de segurança do paciente. O trabalho em saúde é um trabalho coletivo que requer pensar no cuidado de quem cuida. O trabalhador quando satisfeito, sente-se reconhecido e, conseqüentemente desenvolve o seu trabalho com prazer repercutindo positivamente nas atividades que realiza. Quando em sofrimento, pode ter dificuldade de ser continente para o sofrimento do outro, repercutindo de forma negativa no cuidado em saúde<sup>(173)</sup>.

O envolvimento do paciente tem sido cada vez mais reconhecido como um componente essencial na reestruturação dos processos de cuidados em saúde, inclusive, como parte da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente através do Programa Pacientes pela Segurança do Paciente<sup>(7)</sup>. No Brasil, uma estratégia para promoção da segurança do paciente destacada pela ANVISA, é a disponibilização de orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada<sup>(45)</sup>. Educação, conscientização e engajamento dos pacientes e seus familiares são aspectos importantes a serem considerados nos planos de ação das instituições de saúde para promover a qualidade dos serviços prestados e a segurança do paciente.

Em organizações seguras e confiáveis, os pacientes e seus familiares são membros plenos da equipe de saúde tanto quanto os profissionais. Em cada processo de cuidado, paciente e equipe definem conjuntamente os objetivos, bem como funções e responsabilidades de cada um para alcançá-los; os pacientes devem se sentir psicologicamente seguros para compartilhar suas preocupações e os profissionais, conhecer as prioridades do paciente e sua família; transparência é importante porque elimina o estigma da infalibilidade da equipe de saúde; pacientes precisam ter certeza que receberam um cuidado seguro e efetivo; pacientes são valiosos nos processos de melhoria pois trazem perspectivas únicas, especialmente em relação à forma como vivenciam o cuidado prestado. Por fim, se os pacientes e suas famílias não forem envolvidos no processo assistencial, as organizações provavelmente não alcançarão o objetivo de construir sistemas seguros, confiáveis e efetivos<sup>(100)</sup>.

É a partir do conhecimento da cultura, oriunda da percepção dos profissionais, que medidas eficazes poderão ser viabilizadas pela alta liderança de uma organização para progressão do seu nível de maturidade. Níveis estes que tem como primeiro estágio o Patológico, onde não se evidenciam ações de segurança e o máximo que se faz é atender à

legislação, até o Construtivo, nível almejado, onde existe um sistema integrado de saúde, segurança e meio ambiente, com informações necessárias para gerir o sistema, constante aprendizado e participação de todos os níveis hierárquicos, com aumento da confiança<sup>(11)</sup>.

Na comparação com o modelo proposto por Hudson<sup>(11)</sup>, inferimos que a cultura corrente na instituição pesquisada encontra-se nos níveis intermediários de maturidade, entre o Reativo, onde as ações para segurança não são sistemáticas, e o Calculativo, em que há sistema para gerenciar riscos nos locais de trabalho, mas sem uma visão sistêmica e com ações muito verticalizadas e voltadas para quantificar os riscos. O fato de a dimensão “aprendizado organizacional e melhoria contínua” ter o maior índice de respostas positivas é um alento para pensar na evolução da maturidade da cultura nesta instituição, pois, segundo Schein<sup>(106)</sup>, o processo de aprendizagem está inserido na formação e no desenvolvimento da cultura organizacional.

Partilhar de uma cultura de segurança positiva emerge como requisito essencial para a transformação do sistema de saúde na busca da excelência. Desenvolver uma pesquisa nesta linha, analisando a cultura sob a perspectiva de uma abordagem mista permitiu que as reflexões do grupo focal elucidassem os resultados quantitativos e emergissem os elementos contribuintes, por vezes velados, que explicam a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Quando pensamos, fazêmo-lo com o fim de julgar ou chegar a uma conclusão; quando sentimos, é para atribuir um valor pessoal a qualquer coisa que fazemos.”*

Carl Jung

As organizações de saúde tem a responsabilidade absoluta de oferecer um cuidado seguro, confiável e efetivo. Cumprir com essa premissa é um grande desafio, apenas com uma cultura fortalecida o sistema poderá transformar-se e evoluir no seu grau de maturidade.

Reconhece-se uma instituição com uma cultura de segurança do paciente fortalecida quando há valorização do trabalho em equipe, engajamento dos líderes nas iniciativas de segurança, adoção de uma postura proativa diante da ocorrência de erros, abertura para comunicação e encorajamento da notificação com promoção de aprendizado organizacional a partir do relato de um incidente.

A avaliação do *status* da cultura de segurança nas instituições hospitalares têm sido recomendada mundialmente tanto pelas comunidades científicas e acadêmica quanto por órgãos certificadores e governamentais como uma estratégica para o modificar o cenário de insegurança dos sistemas de saúde na busca por qualidade assistencial.

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar a cultura de segurança do paciente percebida pelos profissionais de saúde e os elementos que influenciam esta percepção em um hospital de Porto Alegre. Refletir sobre a política institucional de segurança e elencar oportunidades de melhorias para a organização foram ainda objetos de estudo.

A estratégia metodológica definida para alcançar estes objetivos foi uma pesquisa de métodos mistos que mostrou-se eficaz para elucidar a complexidade do tema. O desenho sequencial explanatório atendeu ao propósito de explicar os resultados iniciais com maior profundidade e produzir inferências congruentes.

Na maioria dos estudos, a percepção dos profissionais diretamente envolvidos na assistência é a mais pesquisada. Neste, uma gama de profissionais que atuam indiretamente para a assistência do paciente foram avaliados, como higienistas hospitalares, ascensoristas, vigilantes, profissionais administrativos de faturamento e tecnologia da informação, caracterizando-se assim um diferencial desta pesquisa.

Os resultados evidenciaram uma cultura fragilizada para a segurança do paciente conforme as dimensões do HSOPSC. Na percepção dos profissionais, a cultura punitiva ainda

é predominante na organização e há problemas de segurança durante as passagens de plantão, turno e transferências, no trabalho em equipe entre as áreas, na abertura da comunicação e na adequação de profissionais.

Elementos relacionados a organização do trabalho (processos burocratizados, mal desenhados e descoordenados, decisões regionais, falhas de comunicação) somados aos elementos da gestão de pessoas (liderança, gradientes de hierarquia, sobrecarga, alta rotatividade, pressão por produção punição, respeito e empatia) e a judicialização contribuem e explicam a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente presente nesta organização.

Os profissionais têm percepções diferentes quando comparados por grupo, categoria profissional e graus de instrução, assim como na comparação setorial, demonstrando subculturas dentro de uma mesma organização. Profissionais assistenciais de nível superior, especialmente médicos, tem uma percepção mais fortalecida da cultura de segurança do paciente e os profissionais de nível médio têm uma percepção mais fragilizada, justificada pela sobrecarga, pressão por produção e medo da punição. Na emergência a percepção é de uma cultura mais fortalecida comparando com os demais setores assistenciais e de apoio técnico, sendo a liderança um dos elementos que pode influenciar e explicar essa percepção dos profissionais.

A Política institucional de Segurança do Paciente é desconhecida para a maioria dos profissionais da instituição, a cultura punitiva é predominante e há dificuldades para implementação da cultura justa. Padronização, comunicação, educação, retorno da informação, valorização dos profissionais e envolvimento do paciente são oportunidades de melhoria elencadas a partir da pesquisa a serem desenvolvidas na organização.

Mediante o exposto, confirma-se a tese de que “a percepção da cultura de segurança do paciente emerge a partir de elementos do ambiente de práticas no cotidiano dos profissionais que atuam em uma instituição hospitalar”.

Os resultados encontrados são consistentes e refletem a realidade das instituições de saúde no mundo. A segurança do paciente ainda pode ser considerada um tema relativamente novo, embora já discutido e com evidências desde o final da década de 90. Especialmente no Brasil, a primeira resolução ministerial que orienta os hospitais para a implantação e disseminação da cultura de segurança do paciente data de 2013. Evoluir no grau de maturidade, ultrapassando paradigmas, exige tempo. Para que essa mudança se concretize nas organizações de saúde, uma reformulação desde a formação acadêmica dos profissionais até um novo olhar da sociedade para a questão dos erros em saúde deve ser considerada.

A pesquisa apresenta limitações a saber: a) a etapa quantitativa foi transversal por meio da aplicação de um questionário que ocorreu em um determinado período de tempo e em um único centro hospitalar, evidenciando um diagnóstico local e temporal; b) os elementos que influenciam a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente bem como as sugestões de melhorias organizacionais foram obtidos a partir do olhar e das vivências das equipes assistenciais de nível tático operacional; c) a coordenadora do grupo focal foi a própria pesquisadora, que exerce sua atividade laboral nesta instituição como gerente de riscos.

Não obstante a essas limitações, os resultados encontrados mostram inovações e contribuições para o entendimento da complexa cultura de segurança do paciente. A constatação de uma limitação é, também, uma oportunidade para futuras pesquisas. Assim, novas investigações poderão explorar o tema sob diferentes contextos, na mesma ou em outras instituições, na replicação do grupo focal com outros grupos de profissionais, na definição de outro método de pesquisa... afinal, a complexidade do fenômeno permite múltiplas formas de abordagens de estudo para compreensão do tema e avanço do conhecimento.

É compreensível que a disseminação e evolução da cultura de segurança do paciente no contexto atual das instituições se constitua um desafio, contudo é imperativo a efetiva mobilização dos profissionais, gestores, governantes, educadores, pesquisadores, pacientes e sociedade a fim de consolidar uma cultura construtiva para os sistemas de saúde onde todos serão beneficiados.



## REFERENCIAS

1. National Patient Safety Foundation (US). Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err is Human. Boston; 2015.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
3. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.* 2013 Sep;9(3):122-8. doi: 10.1097/PTS.0b013e3182948a69.
4. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 2016 May 3;353:i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139.
5. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care.* 2009 Aug;21(4):279-84. doi: 10.1093/intqhc/mzp022. Epub 2009 Jun 23.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES). Estudio Ibeas: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. Madrid; 2010. [citado em 2018 ago 30]. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>
7. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009 [Internet]. Geneva, 2008. [citado em 2018 ago 30]. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2008.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf)
8. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais [Internet]. 4. ed. Rio de Janeiro: CBA; 2010.[citado em 2018 ago 30]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/309065/mod\\_folder/content/0/joint%20comission%20Fourth\\_Edition\\_Hospital\\_Manual\\_Portuguese\\_Translation.pdf?forcedownload=1](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/309065/mod_folder/content/0/joint%20comission%20Fourth_Edition_Hospital_Manual_Portuguese_Translation.pdf?forcedownload=1)
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [citado em 2018 ago 30]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [citado em 2018 ago 30]. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e)
11. Hudson P. Applying the lessons of high risk industries to health care. *Qual Saf Health Care.* 2003 Dec;12 Suppl 1:i7-12.
12. Health and safety commission (UK). ACSNI Human Factors Study Group. Third report. Organising for safety. London: HMSO; 1993. p. 23
13. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care.* 2003 Dec;12 Suppl 2:ii17-23
14. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília, 2014. [citado em 2018 ago 30]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>



15. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000 Mar 18; 320(7237): 768-770. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768
16. Pronovost PJ, Weast B, Bishop K, Paine L, Griffith R, Rosenstein BJ et al. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. *Jt Comm J Qual Saf*. 2004 Feb;30(2):59-68.
17. Souza P, Mendes W. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
18. World Health Organization. Global priorities for research in patient safety: The research priority setting working group [Internet]. Geneva; 2008. [citado em 2018 ago 30]. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global\\_priorities\\_patient\\_safety\\_research.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf)
19. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*. 2005 Aug;14(4):231-3. doi: 10.1136/qshc.2005.015180.
20. Sexton JB, Thomas, EJ, Helmreich, RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*. 2000 Mar 18;320(7237):745-9. doi: 10.1136/bmj.320.7237.745.
21. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Baker LC. Patient safety climate in US hospitals: variation by management level. *Med Care*. 2008 Nov;46(11):1149-56. doi: 10.1097/MLR.0b013e31817925c1.
22. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care*. 2003 Apr;12(2):112-8.
23. Meddings J, Reichert H, Greene MT, Safdar N, Krein SL, Olmsted RN et al. Evaluation of the association between Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) measures and catheter-associated infections: results of two national collaboratives. *BMJ Qual Saf*. 2017 Mar;26(3):226-235. doi: 10.1136/bmjqs-2015-005012. Epub 2016 May 24.
24. Fan CJ, Pawlik TM, Daniels T, Vernon N, Banks K, Westby P et al. Association of safety culture with surgical site infection outcomes. *J Am Coll Surg*. 2016 Feb;222(2):122-8. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008. Epub 2015 Dec 9.
25. Vifladt A, Simonsen BO, Lydersen S, Farup PG. The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016 Oct;36:26-34. doi: 10.1016/j.iccn.2016.03.004. Epub 2016 Jul 7.
26. Brown DS, Wolosin R. Safety culture relationships with hospital nursing sensitive metrics. *J Healthc Qual*. 2013 Jul-Aug;35(4):61-74. doi: 10.1111/jhq.12016. Epub 2013 Jun 18.
27. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*. 2011 Apr;20(4):338-43. doi: 10.1136/bmjqs.2010.040964. Epub 2011 Feb 8.
28. Carvalho REF. *Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança*[Tese] [Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011. [citado em 2018 ago 30]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-30112011-085601/pt-br.php>
29. Reis CT. *A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro* [Tese] [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013. [citado em 2018 ago 30]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>

30. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2014 out [citado em 2018 ago 30];22(5):755-63. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt\\_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf) doi: 10.1590/0104-1169.3624.2477.
31. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 dez [citado em 2018 ago 30];49(esp):123-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0123.pdf> doi: 10.1590/S0080-623420150000700018.
32. Batalha EMSS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. HU Revista [Internet]. jul 2016 [citado em 2018 ago 30];42(2):133-42. Disponível em: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2518/872>
33. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet] 2017 [citado em 2018 ago 30];19:1-12. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/38760/22926>. doi: 10.5216/ree.v19.38760
34. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 jan [citado em 2018 ago 30];23(1):161-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0161.pdf> doi: 10.1590/1413-81232018231.24392015.
35. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. Int J Qual Health Care. 2018 May 8. doi: 10.1093/intqhc/mzy080. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 29788273.
36. Silva K, Moreira JAAM, Vasconcelos LT, Oliveira LL, Coimbra LK. Gestão da qualidade total nos serviços de saúde: modelo gerencial em desenvolvimento. Revista Eletronica Gestão & Saúde [Internet]. 2015 jan [citado em 2018 ago 30];6(1):617-32. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/13757> doi:10.18673/g.s.v6i1.13757
37. Balsanelli AP, Jericó MC. Os reflexos da gestão da qualidade total das instituições hospitalares brasileiras. Acta paul. enferm. [Internet]. dez 2005 [citado em 2018 ago 30];18(4):397-402. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a08v18n4.pdf> doi:10.1590/S0103-21002005000400008
38. Silva LCS, Kovaleski JL, Gaia S. Qualidade em serviços: uma análise teórica sobre as principais características. Revista Gestão Industrial [Internet] 2012 [citado em 2018 ago 30];7(4):140-53. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/revistagi/article/view/1024/763> doi:10.3895/S1808-04482011000400007.
39. Quinto Neto A, Bittar OJNV. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2004.
40. Vituri DW, Évora YDM. Gestão da Qualidade Total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2015 out [citado em 2018 ago 30];68(5):945-52. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0945.pdf>. doi: 10.1590/0034-7167.2015680525i

41. Camponogara S. Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale. Esc. Anna Nery [Internet]. 2012 mar [citado em 30ago 2018];16(1):178-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a24.pdf> doi: 10.1590/S1414-81452012000100024
42. Alonso LBN, Droval C, Ferneda E, Emídio Luci. Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais. Perspectivas em Gestão & Conhecimento [Internet]. 2014 dez [citado em 2018 ago 30];4(2):34-49. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/pgc/article/view/19162/12246>
43. Burmester H. Gestão da qualidade hospitalar. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba [Internet]. 2013 [citado em 2018 ago 30];15(3):73-5. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/16523/pdf>
44. Gurgel Júnior GD, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2002 [citado em 2018 ago 30];7(2):325-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10251.pdf> doi: 10.1590/S1413-81232002000200012.
45. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. Brasília: Anvisa; 2013. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). [citado em 2018 ago 30]. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/1%20Assist%C3%A4ncia%20Segura%20Uma%20reflex%C3%A3o%20te%C3%B3rica%20aplicada%20%C3%A0%20pr%C3%A1tica.pdf>
46. Donabedian, A. The quality of care: how can it be assessed?. Arch Pathol Lab Med. 1997 Nov;121(11):1145-50.
47. Donabedian A, Wheeler, JR, Wyszewianski L. Quality, cost, and health: an integrative model. Med Care. 1982 Oct;20(10):975-92.
48. Donabedian, A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990 Nov;114(11):1115-8
49. Donabedian A. The quality of medical care. Science. 1978 May 26;200(4344):856-64.
50. Donabedian, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring. 1980;1:77-128.
51. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. Salud Publica Mex. 1993 Jan-Feb;35(1):94-7.
52. Donabedian, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992 Nov;18(11):356-60.
53. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev. adm. Saúde [Internet]. 2001 set [citado em 2018 ago 31];3(12):21-8. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf>
54. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
55. Machado JP, Martins ACM, Martins MS. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 jun [citado em 2018 ago 31];29(6):1063-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a04v29n6.pdf> doi: 10.1590/S0102-311X2013000600004.
56. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta paul. enferm. [Internet]. 2005 jun [citado em 2018 ago 31];18(2):213-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf> doi: 10.1590/S0103-21002005000200015.

57. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. O Mundo da Saúde [Internet]. 2011 [citado em 2018 ago 31];35(5):319-31. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao\\_qualidade\\_saude\\_melhorando\\_assistencia\\_cliente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf)
58. Oliveira JLC, Matsuda LM. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. Esc. Anna Nery [Internet]. 2016 mar [citado 31 ago 2018];20(1):63-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0063.pdf> doi: 10.5935/1414-8145.20160009.
59. Malik AM. Gestão da qualidade e segurança do paciente: ações e resultados. Rev. baiana saúde pública [Internet]. 2016 mar [citado em 2018 ago 31];40(Supl. 1 UFBA):86-97. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859670>. doi: 10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2668.
60. Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo: ONA; 2018.
61. Associação Nacional dos Hospitais Privados (BR). Observatório 2018. 2018;(10).
62. World Health Organization: World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report [Internet]. Genebra: WHO; 2009. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf).
63. Pronovost PJ, Cleeman JI, Wright D, Srinivasan A. Fifteen years after To Err is Human: a success story to learn from. BMJ Qual Saf. 2016 Jun;25(6):396-9. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004720. Epub 2015 Dec 15.
64. Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030. London, UK:NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016.
65. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ. 2004 May 25;170(11):1678-86.
66. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ. 2001 Mar 3;322(7285):517-9.
67. Hogan H, Zipfel R, Neuburger J, Hutchings A, Darzi A, Black N. Avoidability of hospital deaths and association with hospital-wide mortality ratios: retrospective case record review and regression analysis. BMJ. 2015 Jul 14;351:h3239. doi: 10.1136/bmj.h3239.
68. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E 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. 2008 Dec;62(12):1022-9. doi: 10.1136/jech.2007.065227.
69. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. Int J Qual Health Care. 2009 Aug;21(4):285-91. doi: 10.1093/intqhc/mzp025. Epub 2009 Jun 25.
70. Zegers M, de Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LH, Waaijman R, Smits M et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. Qual Saf Health Care. 2009 Aug;18(4):297-302. doi: 10.1136/qshc.2007.025924.
71. Tartaglia R, Albolino S, Bellandi T, Bianchini E, Biggeri A, Fabbro G et al. Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani [internet]. Epidemiol Prev 2012 [citado em 2018 ago 31];36(3-4):151-61. Disponível em: [http://www.torinomedica.org/torinomedica/wp-content/uploads/2012/08/130\\_12-Vedi2.pdf](http://www.torinomedica.org/torinomedica/wp-content/uploads/2012/08/130_12-Vedi2.pdf)



72. Rafter N, Hickey A, Conroy RM, Condell S, O'Connor P, Vaughan D et al. The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals-a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf.* 2017 Feb;26(2):111-9. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004828. Epub 2016 Feb 9.
73. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. A característica de eventos adversos evitáveis em hospitais no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2013 out [citado em 2018 ago 31];59(5):421-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n5/v59n5a06.pdf>. doi: 10.1016/j.ramb.2013.03.002.
74. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB. Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil [Internet]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG, 2017. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <https://www.caism.unicamp.br/PDF/ASAH.pdf>.
75. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf.* 2013 Oct;22(10):809-15. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001748. Epub 2013 Sep 18.
76. National Patient Safety (UK) [Internet]. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <http://www.npsa.nhs.uk>.
77. Danish Society for Patient Safety [Internet]. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <https://patientsikkerhed.dk/english/>.
78. Australian Patient Safety Agency [Internet]. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <https://apsf.net.au>.
79. Agency for Healthcare Research and Quality (US) [Internet]. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/>.
80. Institute for Healthcare Improvement (US) [Internet]. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <http://www.ihl.org/>.
81. Canadian Patient Safety Institute [Internet]. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Pages/default.aspx>.
82. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR) [Internet]. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/>.
83. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is a Safer Care [Internet]. Geneva: WHO Press; 2009. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1).
84. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Segurança do Paciente: higienização das mãos. Brasília: ANVISA; 2009. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicos/audite/manuais/paciente\\_hig\\_maos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicos/audite/manuais/paciente_hig_maos.pdf).
85. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery [Internet]. Geneva; WHO Press; 2009. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1).
86. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Aliança Mundial para a Segurança do Paciente: cirurgias seguras salvam vidas: segundo desafio global para a segurança do paciente [Internet]. Brasília: ANVISA; 2009. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_salvam\\_vidas.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf).
87. World Health Organization. Medication without harm. Geneva: WHO Press; 2017.

88. McCannon CJ, Hackbarth AD, Griffin FA. Miles to go: An introduction to the 5 Million Lives Campaign. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007 Aug;33(8):477-84.
89. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de identificação do paciente [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [citado por 2018 ago 31]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>.
90. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de segurança na prescrição, uso, e administração de medicamentos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>.
91. Ministério da Saúde (BR). Protocolo para cirurgia segura [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. [Citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura>.
92. Ministério da Saúde (BR). Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. [Citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higiene-das-maos>.
93. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de prevenção de quedas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. [Citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>.
94. Ministério da Saúde (BR). Protocolo para prevenção de úlcera por pressão [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. [Citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>.
95. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília, 2014. [Citado em 2018 ago 31]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf).
96. Urbanetto JS, Gerhardt LM. Segurança do paciente na tríade assistência ensino-pesquisa. *Rev. gaúch. Enferm* [Internet]. 2013 set [citado em 2018 ago 31];34(3):8-9. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43294/27285>.
97. Ministério da Saúde (BR). Lançamento do projeto: “Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil [Internet]. Brasília; 2017. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/29/3-Forum-Latino-Americano-de-Qualidade-e-Seguranca-na-Saude.pdf>.
98. Caldana G, Guirardello EB, Urbanetto JS, Peterlini MAS, Gabriel CS. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2015 set [citado em 2018 ago 31];24(3):906-11. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf). doi: 10.1590/0104-070720150001980014.
99. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (SP) [Internet]. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/>.

100. Frankel A, Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017.
101. Schein EH. Coming to a new awareness of organizational culture. Sloan management review [Internet]. 1984 [citado em 2018 ago 31];25(2):3-16. Disponível em: [http://www.sietmanagement.fr/wp-content/uploads/2016/04/culture\\_schein.pdf](http://www.sietmanagement.fr/wp-content/uploads/2016/04/culture_schein.pdf).
102. Campos DC, Dias MCF. A cultura de segurança no trabalho: um estudo exploratório. Sistemas & Gestão [Internet]. 2012 [citado em 2018 ago 31];7(4):594-604. Disponível em: <http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/viewFile/V7N4A7/V7N4A7>.
103. Migueles CP. O estudo da cultura organizacional: as dificuldades estão no objeto ou nas formas de defini-lo?. Cadernos EBAPE.BR [Internet]. 2003 dez [citado em 2018 ago 31];1(2):1-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v1n2/v1n2a04.pdf>.
104. Fernandes RF, Lemos DC, Hoffmann MG, Feuerschütte SG. O estado da arte na articulação entre os temas cultura organizacional e inovação. Revista Pensamento Contemporâneo em Administração [Internet]. 2015 [citado em 2018 ago 31];9(4):54-68. Disponível em: <http://periodicos.uff.br/pca/article/view/11235/pdf>.
105. Schein EH. Organizational culture and leadership. San Francisco: Jossey-Bass; 1992.
106. Schein EH. Cultura organizacional e liderança. São Paulo: Atlas; 2009.
107. Fleury MTL. Estórias, mitos, heróis: cultura organizacional e relações do trabalho. Revista de administração de empresas [Internet] 1987 dez [citado em 2018 ago 31];27(4):7-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v27n4/v27n4a06.pdf>.
108. Freitas ME. Cultura organizacional grandes temas em debate. Revista de Administração de empresas [Internet]. 1991 set [citado em 2018 ago 31];31(3):73-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v31n3/v31n3a07.pdf>.
109. Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. Safety science. 2000 Feb;34(1-3):215-57. doi: 10.1016/S0925-7535(00)00014-X.
110. Associação Nacional dos Hospitais Privados (BR). Livro branco Brasil saúde 2015: a sustentabilidade do Sistema de Saúde Brasileiro: caderno conceitual. São Paulo: ANAHP; 2014.
111. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel CA, Needham DM, Sexton JB, Thompson DA et al. Creating high reliability in health care organizations. Health Serv Res. 2006 Aug;41(4 Pt 2):1599-617.
112. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2.ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
113. Marchitto M. El error humano y la gestión de seguridad: la perspectiva sistémica en las obras de James Reason. Laboreal [Internet]. 2011 [citado em 2018 ago 31];7(2):56-64. Disponível em: [http://laboreal.up.pt/files/articles/56\\_64b.pdf](http://laboreal.up.pt/files/articles/56_64b.pdf).
114. Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Hampshire, UK: Ashgate;1997.
115. Health and Safety Commission (UK). Third report: organizing for safety: ACSNI human factors study group on human factors. London: HMSO; 1993. p. 23.
116. Chassin MR, Loeb JM. The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. Health Aff (Millwood). 2011 Apr;30(4):559-68. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0076.
117. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Qual Saf Health Care. 2005 Oct;14(5):364-6.
118. Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
119. Reason JT, Carthey J, Leval MR. Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. Qual Health Care 2001;10(Suppl II):ii21–ii25.

120. Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care*. 1995 Jun;4(2):80-9.
121. Marx DA. Patient safety and the "just culture": a primer for health care executives. Columbia: Trustees of Columbia University; 2001.
122. Meadows S, Baker K, Butler J. The incident decision tree. *Clinical Risk*. 2005 Mar;11(2):66-8. doi: 10.1258/1356262053429732.
123. Leonard MW, Frankel A. The path to safe and reliable healthcare. *Patient Educ Couns*. 2010 Sep;80(3):288-92. doi: 10.1016/j.pec.2010.07.001. Epub 2010 Aug 4.
124. Khatri N, Brown GD, Hicks LL. From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Manage Rev*. 2009 Oct-Dec;34(4):312-22. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181a3b709.
125. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: AHRQ; 2004.
126. Nascimento A. Cultura de segurança e segurança do paciente: uma revisão da literatura. *Cienc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 ago [citado em 2018 agosto 31];16(8):3591-602. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n8/a27v16n8.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232011000900027.
127. Bousset B, Kamalanavin K, François P. The contribution of open comments to understanding the results from the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS): A qualitative study. *PLoS One*. 2018; 13(4): e0196089. doi: 10.1371/journal.pone.0196089. eCollection 2018.
128. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*. 2007 July;45(6):653-67. doi: 10.1016/j.ssci.2007.04.003
129. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Nov [citado em 2018 ago 31];28(11):2199-210. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/19.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2012001100019.
130. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Lima ALB, Freitas MR et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 set [citado 2018 ago 31]; 26(3):455-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00455.pdf>. doi: 10.5123/s1679-49742017000300004.
131. Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come. *N Z Med J*. 2010 May 14;123(1314):68-78.
132. Etchegaray JM, Thomas EJ. Comparing two safety culture surveys: safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. *Qual Saf*. 2012 Jun;21(6):490-8. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000449. Epub 2012 Apr 11.
133. Famolaro T, Yount N, Burns W, Flashner E, Liu H, Sorra J. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report [Internet]. Rockville, MD: AHRQ; 2016. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016\\_hospitalsops\\_report\\_pt1.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalsops_report_pt1.pdf).
134. Olsen E. Reliability and validity of the Hospital Survey on Patient Safety Culture at a Norwegian hospital [Internet]. In: Øvretveit J, Sousa PJ, Editors. *Quality and Safety Improvement Research: Methods and Research Practice from the International Quality Improvement Research Network (QIRN)*. Lisbon: National School of Public Health; 2008. p.173-86. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/182337/PAPER%201%20Reliability%20and%20Validity%20of%20the%20Hospital%20Survey%20on.pdf?sequence=2>.



135. Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Wal Gv, Groenewegen PP. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2008 Nov 7;8:230. doi: 10.1186/1472-6963-8-230.
136. Waterson P, Griffiths P, Stride C, Murphy J, Hignett S. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK. *Qual Saf Health Care*. 2010 Oct;19(5):e2. doi: 10.1136/qshc.2008.031625. Epub 2010 Mar 8.
137. Pfeiffer Y, Manser T. Development of the German version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Dimensionality and psychometric properties. *Safety Science*. 2010 Dec;48(10):1452-62. doi: 10.1016/j.ssci.2010.07.002
138. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Serv Res*. 2010 Jan 28;10:28. doi: 10.1186/1472-6963-10-28.
139. Sarac C, Flin R, Mearns K, Jackson J. Hospital survey on patient safety culture: psychometric analysis on a Scottish sample. *BMJ Qual Saf*. 2011 Oct;20(10):842-8. doi: 10.1136/bmjqs.2010.047720. Epub 2011 Jun 20.
140. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res*. 2013 Jun 24;13:228. doi: 10.1186/1472-6963-13-228.
141. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernandez PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saude Publica*. 2013 Feb;29(2):283-93.
142. Fujita S, Seto K, Ito S, Wu Y, Huang CC, Hasegawa T. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and United States. *BMC Health Serv Res*. 2013 Jan 14;13:20. doi: 10.1186/1472-6963-13-20.
143. Occelli P, Quenon JL, Kret M, Domecq S, Delaperche F, Claverie O et al. Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. *Int J Qual Health Care*. 2013 Sep;25(4):459-68. doi: 10.1093/intqhc/mzt047. Epub 2013 Jul 5.
144. Azami-Aghdash S, Ebadifard Azar F, Rezapour A, Azami A, Rasi V, Klvanly K. Patient safety culture in hospitals of Iran: a systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran*. 2015 Aug 23;29:251. eCollection 2015.
145. Tereanu C, Smith SA, Ghelase MS, Sampietro G, Molnar A, Dragoescu A et al. Psychometric Properties of the Romanian Version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS). *Maedica (Buchar)*. 2018 Mar;13(1):34-43.
146. Kapaki V, Souliotis K. Psychometric Properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): Findings from Greece [Internet]. In: Firstenberg MS, Stawicki SP, Editors. *Vignettes in Patient Safety-Volume 2*. InTech; 2018. p. 171-89. [citado em 2018 set 01]. Disponível em: <https://www.intechopen.com/books/vignettes-in-patient-safety-volume-2/psychometric-properties-of-the-hospital-survey-on-patient-safety-culture-hsopsc-findings-from-greece>.
147. Tereanu C, Sampietro G, Sarnataro F, Siscanu D, Palaria R, Savin V et al. Survey on Patient Safety Culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. *Clujul Med*. 2018;91(1):65-74. doi: 10.15386/cjmed-869. Epub 2018 Jan 15.
148. Creswell JW, Clark VLP. *Pesquisa de métodos mistos*. 2. ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
149. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. *Metodologia de pesquisa*. 5. ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
150. Creswell JW. *A concise introduction to mixed methods research*. New York: Sage Publications; 2014.

151. Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. *R. gaúcha Enferm.* [Internet]. 1999 jan [citado em 2018 set 01];20(1):5-25. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4218/2228>.
152. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health Serv Res.* 2013 Dec;48(6 Pt 2):2134-56. doi: 10.1111/1475-6773.12117. Epub 2013 Oct 23.
153. Guetterman TC, Fetters MD, Creswell JW. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *Ann Fam Med.* 2015 Nov;13(6):554-61. doi: 10.1370/afm.1865.
154. Lorenzini E. Pesquisa de métodos mistos nas ciências da saúde. *Rev Cuid.* [Internet]. 2017 [citado em 2018 set 01];8(2):1549-60. Disponível em: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/406>. doi: 10.15649/cuidarte.v8i2.406.
155. McFadden KL, Stock GN, Gowen CR. Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Health Care Manage Rev.* 2015;40(1):24-34. doi: 10.1097/HMR.0000000000000006.
156. Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care.* 2013 Jul;25(3):213-21. doi: 10.1093/intqhc/mzt024. Epub 2013 Apr 9.
157. Rockville W, Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount T et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide [Internet]. Rockville, MD: AHRQ; 2016. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>.
158. Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
159. Almeida AN, Caregnato, RCA. Ensino na saúde: desafios contemporâneos na integração ensino e serviço. Porto Alegre: Moriá; 2016.
160. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
161. Ministério da Saúde (BR). Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. [citado em 2018 set 01]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).
162. El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Serv Res.* 2014 Mar 12;14:122. doi: 10.1186/1472-6963-14-122
163. Martínez Ques ÁA, Hueso Montoro C, Gálvez González M. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 jun [citado em 2018 set 03];18(3):339-45. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf). doi: 10.1590/S0104-11692010000300007.
164. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 fev [citado em 2018 set 03]; 21(spe):146-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf). doi: 10.1590/S0104-11692013000700019.

165. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2015 set [citado em 2018 set 03];20(3):636-40. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>. doi: 10.5380/ce.v20i3.40016.
166. Fassarella CS, Bueno AAB, Guarilha JB, Andrade MA. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. *Revista Rede de Cuidados em Saúde* [Internet]. 2013 [citado em 2018 set 03];7(1):1-16. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/1901>.
167. Gonçalves MI, Rocha PK, Anders JC, Kusahara DM, Tomazoni A. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2016 [citado em 2018 set 03];25(1):e2310014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2310014.pdf>. Epub Mar 22, 2016. doi: 10.1590/0104-07072016002310014.
168. Travassos DV, Ferreira RC, Vargas AMD, Moura RNV, Conceição EMA, Marques DF et al. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 nov [citado em 2018 set 03];18(11):3419-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/31.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232013001100031.
169. Campbell EG, Singer S, Kitch BT, Iezzoni LI, Meyer GS. Patient safety climate in hospitals: act locally on variation across units. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010 Jul;36(7):319-26.
170. Nogueira MI. Trabalho em saúde e trabalho médico: especificidades e convergências. *Rev. bras. educ. med.* [Internet]. 2012 [citado em 2018 set 03];36(3):414-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/17.pdf>. doi: 10.1590/S0100-55022012000500017.
171. Wagner LM, Capezuti E, Rice JC. Nurses' perceptions of safety culture in long-term care settings. *J Nurs Scholarsh.* 2009;41(2):184-92. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01270.x. PubMed PMID: 19538703.
172. Rosa DB, Lima Neto AC, Marques MRASN. A importância da liderança transformacional nas organizações. *RACE-Revista da Administração* [Internet]. 2016 [citado em 2018 set 03];1(1):1-12. Disponível em: <http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/article/view/514/417>.
173. Glanzner CH, Olschowsky A, Kantorski LP. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 jun [citado em 2018 set 03];45(3):716-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeus/v45n3/v45n3a24.pdf>. doi:10.1590/S0080-62342011000300024.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa Quantitativa – Questionário

**Instituição de Origem:** Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Título da Pesquisa:** Cultura de Segurança: percepção dos profissionais e fatores que influenciam para assistência ao paciente

**Pesquisadora:** Cassiana Gil Prates, [cassiprates@gmail.com](mailto:cassiprates@gmail.com), (51) 99789154

**Pesquisadora Responsável:** Prof. Dra. Gisela Ma. Schebella S. de Moura, [gmoura@hcpa.edu.br](mailto:gmoura@hcpa.edu.br), (51) 99918816

**Comitê de Ética em Pesquisa Responsável:** Hospital Ernesto Dornelles, [cephed@hed.com.br](mailto:cephed@hed.com.br), (51) 32172002

### Prezado Participante da Pesquisa,

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar a cultura de segurança do paciente percebida pelos profissionais e os fatores que influenciam para assistência ao paciente.

Esta pesquisa tem procedência acadêmica e destina-se à elaboração de uma Tese de Doutorado vinculada à Escola de Enfermagem da UFRGS, sendo isenta de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício neste hospital. Todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos propostos no estudo.

Sua participação consiste em **responder a um questionário** que tomará aproximadamente 15 a 20 minutos do seu tempo. O **benefício** que você irá proporcionar respondendo estas perguntas será o de contribuir para a mensuração da cultura de segurança nesta instituição e assim, identificar oportunidades de melhoria. O **risco** previsto pode ser o desconforto e/ou cansaço durante o preenchimento do questionário.

Garante-se o caráter confidencial das informações e a preservação do anonimato.

Sua participação é livre e caso mude de ideia, poderá desistir a qualquer momento, sem constrangimento ou qualquer prejuízo. Além disso, você não terá custo e também não será remunerado caso aceite participar.

Colocamo-nos à disposição para esclarecer qualquer dúvida, conforme formas de contato (e-mail e telefone celular) acima descritos.

*Profa. Dra. Gisela Ma. S. Souto de Moura*

Pesquisadora Responsável

*Dda. Cassiana Gil Prates*

Pesquisadora

( ) concordo em participar da pesquisa

( ) não concordo em participar da pesquisa

Nome do Participante:

Assinatura:

Porto Alegre, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa Qualitativa – Grupo Focal

**Instituição de Origem:** Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Título da Pesquisa:** Cultura de Segurança: percepção dos profissionais e fatores que influenciam para assistência ao paciente

**Pesquisadora:** Cassiana Gil Prates, [cassiprates@gmail.com](mailto:cassiprates@gmail.com), (51) 99789154

**Pesquisadora Responsável:** Prof. Dra. Gisela Ma. Schebella S. de Moura, [gmoura@hcpa.edu.br](mailto:gmoura@hcpa.edu.br), (51) 99918816

**Comitê de Ética em Pesquisa Responsável:** Hospital Ernesto Dornelles, [cephed@hed.com.br](mailto:cephed@hed.com.br), (51) 32172002

### Prezado Participante da Pesquisa,

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar a Cultura de Segurança do Paciente percebida pelos profissionais e os fatores que influenciam para assistência ao paciente.

Esta pesquisa tem procedência acadêmica e destina-se à elaboração de uma Tese de Doutorado vinculada à Escola de Enfermagem da UFRGS, sendo isenta de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício neste hospital. Todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos propostos no estudo.

Sua participação consiste em participar de um **Grupo Focal**. Serão dois ou três encontros com duração de 1h e 30min a 2h, previamente agendados, onde serão apresentados os resultados da aplicação do questionário de mensuração da cultura de segurança do paciente e a Política de Segurança do Paciente da instituição. Mediante discussão e troca de experiências entre os participantes, poderão ser identificados os fatores que influenciam para assistência ao paciente e elencadas oportunidades de melhoria para a instituição. O Grupo será coordenado pela pesquisadora e contará com uma observadora participante para condução dos encontros.

O **benefício** que você proporcionará participando destes encontros será o de contribuir com a análise da cultura de segurança, identificar oportunidades de melhoria para a instituição e proporcionar subsídios para reflexão. O **risco** previsto pode ser algum desconforto durante alguma discussão do grupo.

Os encontros serão gravados em áudio e os arquivos da gravação, inutilizados após a conclusão da pesquisa. As falas serão transcritas e guardadas por cinco anos. As informações obtidas no grupo focal serão validadas posteriormente com todos os participantes do grupo focal.

Garante-se o caráter confidencial das informações e a preservação do anonimato.

Sua participação é livre e caso mude de ideia, poderá desistir a qualquer momento, sem constrangimento ou qualquer prejuízo. Além disso, você não terá custo e também não será remunerado caso aceite participar.

Se o horário dos encontros coincidir com seu turno de trabalho, uma solicitação à sua chefia será enviada para sua liberação e, caso não coincida, não está previsto hora-extra ou banco de horas.

Colocamo-nos à disposição para esclarecer qualquer dúvida, conforme formas de contato (e-mail e telefone celular) acima descritos.

***Profa. Dra. Gisela Ma. S. Souto de Moura***

Pesquisadora Responsável

***Dda. Cassiana Gil Prates***

Pesquisadora

( ) concordo em participar da pesquisa

( ) não concordo em participar da pesquisa

Nome do Participante:

Assinatura:

Porto Alegre, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE C - Roteiro para Realização do Grupo Focal

**Datas:** 05 e 19 de outubro de 2017

**Local:** Sala de treinamento do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Assistencial

**Horário:** 14:30 às 16:30

### Grupo Focal 05 de outubro de 2017

**Objetivo:** Apresentar e discutir o resultado da etapa quantitativa: explorar os resultados profundando a análise

**14:30** Confraternização inicial;

**14:45** Abertura da sessão (agradecimento pela participação, apresentação dos participantes, esclarecimentos sobre TCLE, apresentação dos objetivos da pesquisa, explicação sobre a técnica de grupo focal) e Setting Grupal (explicação da dinâmica dos encontros, horários, pontualidade, respeito a opinião, valores e crenças dos integrantes, caráter confidencial dos encontros);

**15:00** Alinhamento do conceito de cultura de segurança do paciente e como a mesma pode ser analisada;

**15:15** Dinâmica: entregue uma tabela contendo as 12 dimensões e cada participante foi convidado a sinalizar de verde, amarelo ou vermelho o resultado que imagina ter sido evidenciado pela pesquisa no hospital e na sua unidade;

**15:30** Discussão a partir da apresentação dos resultados da pesquisa. Questões disparadoras para o debate:

1. A análise dos dados coletados na pesquisa sugere uma CSP fragilizada... o que poderia explicar esses resultados?
2. A percepção de CSP no Serviço de Emergência demonstrou ser fortalecida... o que poderia explicar essa diferença?
3. Quais os fatores poderiam explicar diferenças entre nível superior e técnica? Por que os médicos tem uma percepção melhor?
4. Por que as dimensões trabalho em equipe entre as unidades, adequação de profissionais, passagem de plantão ou turno / transferências e resposta não punitivas aos erros em todas as análises foram consideradas negativas?

**16:20** Síntese e encerramento do encontro.



Dinâmica:

### RESULTADO QUE EU IMAGINO...

<b>Fortalecida</b>	<b>Neutra</b>	<b>Frágil</b>
--------------------	---------------	---------------

#### HOSPITAL

DIMENSÃO	Hospital
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	
2. Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente	
3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua	
4. Apoio da gestão para a segurança do paciente	
5. Percepção geral da segurança do paciente	
6. Retorno da informação e comunicação sobre erro	
7. Abertura da comunicação	
8. Frequência de relato de eventos	
9. Trabalho em equipe entre as unidade	
10. Adequação de profissionais	
11. Passagem de plantão ou de turno/ transferências	
12. Respostas não punitivas aos erros	

#### NO MEU SETOR

DIMENSÃO	Meu setor
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	
2. Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente	
3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua	
4. Apoio da gestão para a segurança do paciente	
5. Percepção geral da segurança do paciente	
6. Retorno da informação e comunicação sobre erro	
7. Abertura da comunicação	
8. Frequência de relato de eventos	
9. Trabalho em equipe entre as unidade	
10. Adequação de profissionais	
11. Passagem de plantão ou de turno/ transferências	
12. Respostas não punitivas aos erros	

**Grupo Focal 19 de outubro de 2017**

**Objetivo:** Discutir a Política de Segurança do HED e elencar oportunidades de melhoria

**14:30** Confraternização inicial;

**14:45** Síntese do encontro anterior e retomada da discussão acerca dos fatores que influenciam a percepção dos profissionais;

**15:15** Apresentação e discussão sobre a Política de Segurança do Paciente do HED;

**16:00** Definição das oportunidades de melhorias;

**16:20** Síntese, agradecimento e encerramento do encontro.

### APÊNDICE D - Respostas Positivas das Dimensões e Itens Componentes: Grupo Assistencial X Apoio Técnico Administrativo

Dimensão e itens componentes	% Resposta Positiva		p
	Assistencial	Apoio	
<b>Trabalho em equipe dentro das unidades</b>	<b>67,6</b>	<b>58,2</b>	<b>0,000**</b>
A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras	71,6	57,9	0,000**
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo	67,7	66,3	0,713
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<b>78,0</b>	63,7	0,000**
A11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	55,3	<b>47,5</b>	0,053
<b>Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente</b>	<b>67,0</b>	<b>60,0</b>	<b>0,014*</b>
B1. O meu líder imediato elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	57,8	53,7	0,300
B2. O meu líder imediato realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	63,1	57,7	0,172
B3R. Sempre que a pressão aumenta, o meu líder imediato quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	67,1	61,2	0,129
B4R. O meu líder imediato não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<b>80,8</b>	69,1	0,001**
<b>Aprendizado organizacional – melhoria contínua</b>	<b>68,8</b>	<b>64,9</b>	<b>0,239</b>
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<b>85,7</b>	<b>75,4</b>	0,001**
A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	61,6	61,7	0,974
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	59,7	60,7	0,814
<b>Apoio da gestão para a segurança do paciente</b>	<b>56,8</b>	<b>57,5</b>	<b>0,920</b>
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	60,8	61,4	0,887
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	61,5	66,0	0,251
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<b>49,4</b>	<b>46,3</b>	0,457
<b>Percepção geral da segurança do paciente</b>	<b>48,3</b>	<b>48,7</b>	<b>0,856</b>
A10R. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	60,0	56,8	0,418
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<b>32,1</b>	<b>44,9</b>	0,001**
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<b>44,4</b>	<b>46,8</b>	0,557
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	58,7	<b>50,3</b>	0,039*

<b>Retorno da informação e comunicação sobre erro</b>	<b>48,9</b>	<b>50,2</b>	<b>0,673</b>
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	43,9	39,5	0,265
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	45,5	52,0	0,109
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente	58,0	60,7	0,504
<b>Abertura da comunicação</b>	<b>48,3</b>	<b>48,2</b>	<b>0,996</b>
C2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	69,3	62,8	0,087
C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	31,2	35,8	0,228
C6R. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	45,3	47,7	0,564
<b>Frequência de relato de eventos</b>	<b>53,1</b>	<b>55,4</b>	<b>0,520</b>
D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	50,6	58,3	0,057
D2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	50,8	54,0	0,432
D3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	58,2	55,2	0,452
<b>Trabalho em equipe entre as unidades</b>	<b>34,7</b>	<b>38,5</b>	<b>0,182</b>
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	21,7	30,1	0,018*
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	31,2	38,9	0,046*
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	45,4	40,3	0,200
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	40,8	47,0	0,121
<b>Adequação de profissionais</b>	<b>45,6</b>	<b>41,5</b>	<b>0,058</b>
A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	40,9	41,5	0,873
A5R. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	49,2	42,2	0,085
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	60,6	59,6	0,804
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	33,0	26,6	0,084
<b>Passagem de plantão ou de turno/ transferências</b>	<b>32,6</b>	<b>31,9</b>	<b>0,607</b>
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	29,4	30,4	0,778
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	29,3	31,2	0,607
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	28,4	29,4	0,776
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	44,6	37,9	0,096
	<b>26,8</b>	<b>30,4</b>	<b>0,089</b>

**Respostas não punitivas aos erros**

A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<b>22,0</b>	<b>26,9</b>	0,153
A12R. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<b>38,3</b>	<b>37,2</b>	0,796
A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<b>21,0</b>	<b>28,6</b>	0,029*

\*significativo  $p \leq 0,05$ ; \*\*significativo  $p \leq 0,01$

Itens formulados negativamente estão sinalizados com a letra R em frente a sua respectiva indicação alfanumérica.

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

Através dos resultados do teste de associação Qui-quadrado verifica-se que as seguintes questões da escala apresentaram associação significativa com o grupo: A1, A4, B4R, A6, A15, A18, F2R, F4 e A16R. Através dos resultados do teste não-paramétrico de Mann-Whitney as seguintes dimensões apresentaram diferenças significativas entre os grupos: *Trabalho em equipe dentro das unidades, Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente.*

### APÊNDICE E - Respostas Positivas das Dimensões e Itens Componentes: Categoria Profissional

Dimensão e itens componentes	% Resposta Positiva					p
	Médico	Enf <sup>o</sup>	Outros nível superior	Téc Enferm	Téc Farm. e Nutri.	
<b>Trabalho em equipe dentro das unidades</b>	<b>80,7<sup>A</sup></b>	<b>84,5<sup>AB</sup></b>	<b>72,5<sup>B</sup></b>	<b>59,8<sup>C</sup></b>	<b>39,9<sup>D</sup></b>	<b>0,000**</b>
A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras	<b>91,8</b>	<b>83,3</b>	74,4	63,1	<b>31,7</b>	0,000**
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo	<b>77,0</b>	<b>100,0</b>	67,5	59,6	<b>45,2</b>	0,000**
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<b>90,2</b>	<b>88,1</b>	<b>85,0</b>	70,0	54,8	0,000**
A11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	63,9	66,7	65,0	<b>49,1</b>	<b>30,0</b>	0,001**
<b>Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente</b>	<b>75,0<sup>A</sup></b>	<b>69,6<sup>AB</sup></b>	<b>72,5<sup>A</sup></b>	<b>61,3<sup>B</sup></b>	<b>58,3<sup>B</sup></b>	<b>0,006**</b>
B1. O meu líder imediato elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	61,0	61,9	<b>80,0</b>	51,8	<b>50,0</b>	0,013*
B2. O meu líder imediato realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<b>80,0</b>	71,4	72,5	53,0	52,4	0,000**
B3R. Sempre que a pressão aumenta, o meu líder imediato quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	<b>75,0</b>	66,7	55,0	66,5	59,5	0,274
B4R. O meu líder imediato não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<b>85,0</b>	<b>78,6</b>	<b>82,5</b>	<b>75,1</b>	71,4	0,393
<b>Aprendizado organizacional – melhoria contínua</b>	<b>78,1<sup>A</sup></b>	<b>69,0<sup>AB</sup></b>	<b>75,8<sup>A</sup></b>	<b>66,4<sup>B</sup></b>	<b>63,5<sup>B</sup></b>	<b>0,033*</b>
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<b>90,2</b>	<b>81,0</b>	<b>82,5</b>	<b>83,4</b>	<b>78,0</b>	0,544
A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<b>77,0</b>	71,4	<b>75,0</b>	57,1	61,9	0,016*
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	67,2	54,8	70,0	60,2	52,4	0,355
<b>Apoio da gestão para a segurança do paciente</b>	<b>67,8</b>	<b>53,2</b>	<b>50,8</b>	<b>55,8</b>	<b>54,0</b>	<b>0,149</b>
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	72,1	59,5	60,0	57,3	<b>45,2</b>	0,096
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	65,6	54,8	52,5	64,4	73,8	0,234

F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	65,6	45,2	40,0	47,4	42,9	0,059
<b>Percepção geral da segurança do paciente</b>	<b>52,5</b>	<b>41,1</b>	<b>42,5</b>	<b>48,4</b>	<b>41,7</b>	<b>0,123</b>
A10R. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	68,9	69,0	60,0	53,3	54,8	0,127
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	29,5	23,8	27,5	39,1	32,5	0,220
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	47,5	16,7	32,5	48,1	35,0	0,002**
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	63,9	54,8	50,0	57,4	48,8	0,529
<b>Retorno da informação e comunicação sobre erro</b>	<b>44,4</b>	<b>56,3</b>	<b>60,8</b>	<b>48,6</b>	<b>59,5</b>	<b>0,062</b>
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	31,7	40,5	40,0	47,5	42,9	0,271
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	35,0	59,5	62,5	46,8	57,1	0,026*
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente	66,7	69,0	80,0	52,5	78,6	0,000**
<b>Abertura da comunicação</b>	<b>58,9<sup>A</sup></b>	<b>56,3<sup>A</sup></b>	<b>60,0<sup>A</sup></b>	<b>44,0<sup>B</sup></b>	<b>51,6<sup>AB</sup></b>	<b>0,004**</b>
C2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	80,0	81,0	85,0	62,8	71,4	0,005**
C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	46,7	42,9	47,5	25,2	39,0	0,002**
C6R. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	50,0	45,2	47,5	45,4	45,2	0,977
<b>Frequência de relato de eventos</b>	<b>35,6<sup>A</sup></b>	<b>50,8<sup>B</sup></b>	<b>53,3<sup>B</sup></b>	<b>55,6<sup>B</sup></b>	<b>65,1<sup>B</sup></b>	<b>0,007**</b>
D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	30,0	45,2	42,5	56,9	57,1	0,003**
D2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	35,6	42,9	55,0	53,5	66,7	0,020*
D3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	42,4	64,3	62,5	56,9	71,4	0,039*
<b>Trabalho em equipe entre as unidades</b>	<b>40,2</b>	<b>33,9</b>	<b>32,5</b>	<b>33,9</b>	<b>31,0</b>	<b>0,611</b>
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	24,6	21,4	20,0	21,3	23,8	0,975
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	32,8	26,2	27,5	31,8	26,2	0,874
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	54,1	45,2	40,0	43,4	31,7	0,253

F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	49,2	42,9	42,5	40,1	42,9	0,804
<b>Adequação de profissionais</b>	<b>42,6<sup>AB</sup></b>	<b>44,6<sup>A</sup></b>	<b>30,0<sup>B</sup></b>	<b>48,5<sup>A</sup></b>	<b>28,0<sup>B</sup></b>	<b>0,000**</b>
A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	47,5	35,7	17,9	42,2	16,7	0,001**
A5R. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	41,0	47,6	25,0	55,1	31,0	0,001**
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/ terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	54,1	69,0	62,5	65,0	47,5	0,145
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	27,9	26,8	15,0	34,3	19,5	0,071
<b>Passagem de plantão ou de turno/ transferências</b>	<b>27,9<sup>A</sup></b>	<b>26,8<sup>A</sup></b>	<b>23,8<sup>A</sup></b>	<b>35,7<sup>B</sup></b>	<b>26,8<sup>A</sup></b>	<b>0,027*</b>
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	27,9	16,7	22,5	31,6	26,2	0,314
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	24,6	26,2	25,0	31,7	31,0	0,764
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	33,3	21,4	20,0	29,8	21,4	0,373
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	26,2	42,9	27,5	52,1	28,6	0,000**
<b>Respostas não punitivas aos erros</b>	<b>29,0<sup>A</sup></b>	<b>40,5<sup>B</sup></b>	<b>42,5<sup>B</sup></b>	<b>23,6<sup>A</sup></b>	<b>30,2<sup>AB</sup></b>	<b>0,001**</b>
A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	11,5	45,2	25,0	22,1	26,8	0,003**
A12R. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	45,9	57,1	65,0	31,2	28,6	0,000**
A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	29,5	19,5	37,5	18,7	36,6	0,016*

\*significativo  $p \leq 0,05$ ; \*\*significativo  $p \leq 0,01$

Itens formulados negativamente estão sinalizados com a letra R em frente a sua respectiva indicação alfanumérica.

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

Através dos resultados do teste de associação Qui-quadrado verifica-se que as seguintes questões da escala apresentaram associação significativa com o cargo: A1, A3, A4, A11, B1, B2, A9, A17, C3, C4, D1, D2, D3, A2, A5R, F11R, A8R, A12R, A16R. Através dos resultados do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis as seguintes dimensões apresentaram diferenças significativas entre os grupos: *Trabalho em equipe dentro das unidades, Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente, Aprendizado organizacional – melhoria contínua, Abertura da comunicação, Frequência de relato de eventos, Adequação de profissionais, Passagem de plantão ou de turno/ transferências, Respostas não punitivas aos erros*. As diferenças estão indicadas por letras distintas acima das médias.



### APÊNDICE F - Respostas Positivas das Dimensões e Itens Componentes: Nível de Formação

Dimensão e itens componentes	% Resposta Positiva		p
	Superior	Médio / Fundamental	
<b>Trabalho em equipe dentro das unidades</b>	<b>79,3</b>	<b>57,0</b>	<b>0,000**</b>
A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras	<b>85,7</b>	57,5	0,000**
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo	<b>80,7</b>	61,8	0,000**
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<b>88,1</b>	64,3	0,000**
A11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	63,4	<b>47,3</b>	0,000**
<b>Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente</b>	<b>71,3</b>	<b>60,8</b>	<b>0,000**</b>
B1. O meu líder imediato elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	66,1	52,2	0,002**
B2. O meu líder imediato realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	74,3	55,7	0,000**
B3R. Sempre que a pressão aumenta, o meu líder imediato quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	64,0	63,9	0,998
B4R. O meu líder imediato não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<b>81,1</b>	72,4	0,024*
<b>Aprendizado organizacional – melhoria contínua</b>	<b>73,7</b>	<b>64,3</b>	<b>0,002**</b>
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<b>86,9</b>	<b>78,4</b>	0,016*
A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	74,4	56,8	0,000**
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	60,2	60,0	0,950
<b>Apoio da gestão para a segurança do paciente</b>	<b>59,5</b>	<b>56,7</b>	<b>0,313</b>
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	65,9	59,5	0,143
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	59,7	66,0	0,142
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	52,8	<b>46,0</b>	0,125
<b>Percepção geral da segurança do paciente</b>	<b>47,2</b>	<b>49,1</b>	<b>0,459</b>
A10R. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	65,3	55,7	0,030*
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<b>30,1</b>	<b>41,5</b>	0,009**
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<b>36,9</b>	<b>48,8</b>	0,008**
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	56,3	54,1	0,636

<b>Retorno da informação e comunicação sobre erro</b>	<b>50,5</b>	<b>49,4</b>	<b>0,759</b>
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	34,9	44,5	0,029*
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	48,6	49,0	0,930
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente	68,0	56,0	0,006**
<b>Abertura da comunicação</b>	<b>56,0</b>	<b>45,3</b>	<b>0,001**</b>
C2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	78,9	60,7	0,000**
C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	43,7	29,3	0,001**
C6R. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	45,7	47,2	0,743
<b>Frequência de relato de eventos</b>	<b>45,7</b>	<b>57,0</b>	<b>0,003**</b>
D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	39,4	59,8	0,000**
D2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	45,4	54,4	0,044*
D3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	52,9	57,6	0,285
<b>Trabalho em equipe entre as unidades</b>	<b>35,9</b>	<b>37,1</b>	<b>0,829</b>
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	23,3	26,6	0,400
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	30,7	36,9	0,145
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	44,9	42,1	0,523
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	44,9	44,0	0,847
<b>Adequação de profissionais</b>	<b>41,6</b>	<b>44,9</b>	<b>0,191</b>
A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	37,1	43,5	0,153
A5R. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	40,0	48,7	0,053
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	62,9	59,8	0,488
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	27,4	31,1	0,369
<b>Passagem de plantão ou de turno/ transferências</b>	<b>25,3</b>	<b>35,5</b>	<b>0,000**</b>
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	21,6	34,1	0,002**
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	22,7	33,4	0,009**
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	25,1	30,4	0,195
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	31,8	45,8	0,002**
<b>Respostas não punitivas aos erros</b>	<b>33,7</b>	<b>26,7</b>	<b>0,011*</b>
A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	24,4	24,8	0,931
A12R. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	50,6	32,9	0,000**

A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais

27,0

23,7

0,393

\*significativo  $p \leq 0,05$ ; \*\*significativo  $p \leq 0,01$

Itens formulados negativamente estão sinalizados com a letra R em frente a sua respectiva indicação alfanumérica.

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

Através dos resultados do teste de associação Qui-quadrado verifica-se que as seguintes questões da escala apresentaram associação significativa com o grau de instrução: A1, A3, A4, A11, B1, B2, B4R, A6, A9, A10R, A15, A17R, C1, C5, C2, C4, D1, D2, F3R, F5R, F11R, A12R.

### APÊNDICE G - Respostas Positivas das Dimensões e Itens Componentes: Tempo de Atuação no Hospital

Dimensão e itens componentes	% Resposta Positiva		P
	Até 5 anos	Mais de 5 anos	
<b>Trabalho em equipe dentro das unidades</b>	<b>63,2</b>	<b>62,9</b>	<b>0,624</b>
A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras	64,1	65,8	0,660
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo	69,7	64,1	0,144
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	71,5	69,8	0,633
A11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	<b>49,7</b>	54,7	0,227
<b>Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente</b>	<b>64,1</b>	<b>63,1</b>	<b>0,467</b>
B1. O meu líder imediato elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	53,6	59,0	0,182
B2. O meu líder imediato realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	61,2	59,5	0,677
B3R. Sempre que a pressão aumenta, o meu líder imediato quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	66,5	61,1	0,169
B4R. O meu líder imediato não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<b>76,1</b>	73,7	0,498
<b>Aprendizado organizacional – melhoria contínua</b>	<b>67,2</b>	<b>66,4</b>	<b>0,553</b>
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<b>80,1</b>	<b>81,6</b>	0,631
A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	60,3	63,3	0,454
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	62,6	56,8	0,147
<b>Apoio da gestão para a segurança do paciente</b>	<b>58,4</b>	<b>55,8</b>	<b>0,639</b>
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	62,9	58,9	0,324
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	65,1	61,6	0,369
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<b>48,5</b>	<b>47,1</b>	0,729
<b>Percepção geral da segurança do paciente</b>	<b>49,1</b>	<b>47,5</b>	<b>0,958</b>
A10R. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	57,2	59,7	0,543
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<b>40,5</b>	<b>35,0</b>	0,174
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<b>45,8</b>	<b>45,2</b>	0,886
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	55,7	52,9	0,496

<b>Retorno da informação e comunicação sobre erro</b>	<b>50,3</b>	<b>48,0</b>	<b>0,525</b>
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	44,2	37,5	0,098
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	48,1	48,9	0,861
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente	59,5	58,6	0,830
<b>Abertura da comunicação</b>	<b>49,2</b>	<b>46,9</b>	<b>0,302</b>
C2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	66,2	65,5	0,862
C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	32,8	33,8	0,797
C6R. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	49,9	42,5	0,073
<b>Frequência de relato de eventos</b>	<b>54,7</b>	<b>53,1</b>	<b>0,159</b>
D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	53,7	55,0	0,753
D2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	51,7	52,5	0,846
D3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	58,9	53,1	0,154
<b>Trabalho em equipe entre as unidades</b>	<b>37,6</b>	<b>35,1</b>	<b>0,327</b>
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	25,6	25,7	0,979
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	34,1	35,7	0,673
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	45,2	39,9	0,189
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	46,0	40,4	0,167
<b>Adequação de profissionais</b>	<b>45,7</b>	<b>41,0</b>	<b>0,801</b>
A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	40,7	41,6	0,820
A5R. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	51,3	39,0	0,003**
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	61,5	58,1	0,403
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	31,6	27,5	0,277
<b>Passagem de plantão ou de turno/ transferências</b>	<b>35,5</b>	<b>28,0</b>	<b>0,553</b>
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	31,9	27,3	0,222
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	34,6	24,4	0,007**
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	31,0	26,0	0,174
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	45,2	36,2	0,024*

<b>Respostas não punitivas aos erros</b>	<b>29,0</b>	<b>28,2</b>	<b>0,861</b>
A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	24,3	24,9	0,859
A12R. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	39,5	35,7	0,330
A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	24,0	25,3	0,711

\*significativo  $p \leq 0,05$ ; \*\*significativo  $p \leq 0,01$

Itens formulados negativamente estão sinalizados com a letra R em frente a sua respectiva indicação alfanumérica.

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

Através dos resultados do teste de associação Qui-quadrado verifica-se que as seguintes questões da escala apresentaram associação significativa com o tempo de atuação no hospital: A5R, F5R, F11R. Não houveram diferenças significativas entre os valores do percentual de respostas positivas nas dimensões (Teste Mann-Whitney).

### APÊNDICE H - Respostas Positivas das Dimensões e Itens Componentes: Setores Assistenciais e de Apoio Técnico para Assistência

Dimensão e itens componentes	% Resposta Positiva						p
	UI	UTI/ UCE	SE	CC/ SR	SADT <sup>1</sup>	Apoio <sup>2</sup>	
<b>Trabalho em equipe dentro das unidades</b>	<b>67,7<sup>A</sup></b>	<b>69,2<sup>A</sup></b>	<b>85,6<sup>B</sup></b>	<b>52,0<sup>C</sup></b>	<b>75,0<sup>AB</sup></b>	<b>48,1<sup>C</sup></b>	<b>0,000**</b>
A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras	72,8	71,7	90,2	55,6	76,6	46,2	0.000**
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo	66,0	66,1	92,3	56,0	78,7	51,9	0.000**
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	79,4	83,1	90,2	59,1	85,1	60,6	0.000**
A11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	53,9	59,3	74,5	39,8	59,6	35,0	0.000**
<b>Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente</b>	<b>64,7<sup>A</sup></b>	<b>59,2<sup>A</sup></b>	<b>76,9<sup>B</sup></b>	<b>65,7<sup>A</sup></b>	<b>65,2<sup>A</sup></b>	<b>57,7<sup>A</sup></b>	<b>0,012*</b>
B1. O meu líder imediato elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	61,8	50,0	67,3	50,5	45,7	48,5	0,086
B2. O meu líder imediato realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	59,8	48,3	76,5	60,0	65,2	51,9	0,032*
B3R. Sempre que a pressão aumenta, o meu líder imediato quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	59,4	66,7	72,5	70,9	73,9	60,6	0,238
B4R. O meu líder imediato não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	78,4	71,7	96,1	82,6	77,8	70,9	0,008**
<b>Aprendizado organizacional – melhoria contínua</b>	<b>66,7</b>	<b>65,0</b>	<b>77,6</b>	<b>67,3</b>	<b>63,1</b>	<b>67,0</b>	<b>0,256</b>
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	81,4	80,0	96,1	83,5	78,7	79,2	0,147
A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	55,3	58,3	75,0	59,1	57,4	65,4	0,212
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	65,3	57,6	64,7	60,0	56,8	59,2	0,865
<b>Apoio da gestão para a segurança do paciente</b>	<b>56,3<sup>A</sup></b>	<b>48,0<sup>A</sup></b>	<b>77,6<sup>B</sup></b>	<b>53,6<sup>A</sup></b>	<b>56,0<sup>A</sup></b>	<b>57,4<sup>A</sup></b>	<b>0,001**</b>
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	58,3	47,5	84,6	60,0	61,7	51,9	0,001**
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	62,7	52,5	78,8	59,6	63,0	74,5	0,015*
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	50,0	44,8	70,6	42,6	44,7	47,6	0,033*

<b>Percepção geral da segurança do paciente</b>	<b>43,7<sup>A</sup></b>	<b>43,3<sup>A</sup></b>	<b>59,1<sup>B</sup></b>	<b>50,2<sup>B</sup></b>	<b>45,2<sup>A</sup></b>	<b>42,5<sup>A</sup></b>	<b>0,006**</b>
A10R. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	53,5	54,2	76,5	64,2	44,4	56,4	0,019*
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	28,4	35,6	37,3	27,8	50,0	38,4	0,088
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	35,9	43,1	52,9	56,4	31,9	31,0	0,001**
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	58,3	44,8	74,5	54,1	58,7	50,0	0,035*
<b>Retorno da informação e comunicação sobre erro</b>	<b>45,4<sup>AC</sup></b>	<b>50,6<sup>A</sup></b>	<b>63,5<sup>B</sup></b>	<b>41,2<sup>C</sup></b>	<b>49,6<sup>AC</sup></b>	<b>54,5<sup>AB</sup></b>	<b>0,006**</b>
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	41,6	56,7	54,9	34,9	43,5	42,3	0,064
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	44,1	38,3	54,9	42,7	48,9	56,9	0,144
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente	51,5	57,6	82,7	46,8	57,4	66,7	0,000**
<b>Abertura da comunicação</b>	<b>47,4</b>	<b>45,0</b>	<b>55,8</b>	<b>42,4</b>	<b>56,0</b>	<b>50,6</b>	<b>0,098</b>
C2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	66,7	66,7	78,8	59,6	71,7	69,2	0,245
C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	27,7	31,7	37,3	25,7	52,2	36,4	0,028*
C6R. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	49,0	37,9	52,9	42,7	46,8	48,5	0,607
<b>Frequência de relato de eventos</b>	<b>56,9</b>	<b>54,6</b>	<b>50,0</b>	<b>56,4</b>	<b>52,5</b>	<b>56,7</b>	<b>0,926</b>
D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	58,8	48,3	44,2	58,2	59,6	53,4	0,413
D2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	53,5	53,4	50,0	52,7	45,7	59,6	0,702
D3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	59,4	62,1	55,8	58,2	55,6	58,3	0,985
<b>Trabalho em equipe entre as unidades</b>	<b>39,8<sup>AB</sup></b>	<b>35,8<sup>AB</sup></b>	<b>45,7<sup>A</sup></b>	<b>26,6<sup>C</sup></b>	<b>39,4<sup>AB</sup></b>	<b>33,7<sup>BC</sup></b>	<b>0,002**</b>
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	27,2	31,0	32,7	10,9	25,5	22,8	0,011*
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	44,1	33,3	30,8	22,7	44,7	29,4	0,013*
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	45,6	43,3	56,9	41,8	36,2	43,6	0,426
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	43,1	36,7	63,5	31,2	51,1	42,6	0,004**



<b>Adequação de profissionais</b>	<b>42,2<sup>A</sup></b>	<b>44,5<sup>A</sup></b>	<b>47,1<sup>A</sup></b>	<b>47,0<sup>A</sup></b>	<b>47,3<sup>A</sup></b>	<b>31,3<sup>B</sup></b>	<b>0,000**</b>
A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	29,1	28,8	48,1	54,1	59,6	21,4	0,000**
A5R. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	45,0	39,7	58,0	48,2	51,1	33,7	0,063
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	65,3	72,4	58,8	53,2	51,1	53,1	0,072
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	32,4	39,7	27,5	33,9	27,7	21,8	0,213
<b>Passagem de plantão ou de turno/ transferências</b>	<b>32,3<sup>AB</sup></b>	<b>36,3<sup>A</sup></b>	<b>51,5<sup>C</sup></b>	<b>26,4<sup>A</sup></b>	<b>29,3<sup>AB</sup></b>	<b>31,0<sup>A</sup></b>	<b>0,001**</b>
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	33,0	30,5	43,1	26,6	31,9	23,8	0,209
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	26,2	36,7	51,0	22,9	21,7	34,7	0,004**
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	26,5	24,6	47,1	25,7	25,5	31,4	0,075
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	43,7	55,0	64,7	31,8	38,3	37,6	0,001**
<b>Respostas não punitivas aos erros</b>	<b>27,2</b>	<b>23,3</b>	<b>24,4</b>	<b>25,5</b>	<b>34,8</b>	<b>32,7</b>	<b>0,159</b>
A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	26,7	15,3	21,6	17,3	29,8	24,5	0,282
A12R. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	36,3	33,9	36,5	36,4	48,9	39,2	0,676
A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	19,6	22,4	15,7	23,6	27,3	36,3	0,045*

\*significativo  $p \leq 0,05$ ; \*\*significativo  $p \leq 0,01$

Itens formulados negativamente estão sinalizados com a letra R em frente a sua respectiva indicação alfanumérica.

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

Através dos resultados do teste de associação Qui-quadrado verifica-se que as seguintes questões da escala apresentaram associação significativa com o setor: A1, A3, A4, A11, B2, B4R, F1, F8, F9R, A10R, A17R, A18, C5, C4, F2R, F4, F10, A2, F5R, F11R, A16. Através dos resultados do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis as seguintes dimensões apresentaram diferenças significativas entre os grupos: *Trabalho em equipe dentro das unidades, Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente, Apoio da gestão para a segurança do paciente, Percepção geral da segurança do paciente, Retorno da informação e comunicação sobre erro, Trabalho em equipe entre as unidades, Adequação de profissionais, Passagem de plantão ou de turno/ transferências*. As diferenças estão indicadas por letras distintas acima das médias.

## APÊNDICE I - Comentários Questão Discursiva: Grupo Assistencial

<b>Trabalho em equipe dentro das unidades</b>
1) Aqui no bloco a segurança do paciente é levada a sério; 2) A emergência vem constantemente buscando se aprimorar com treinamento, conversas e interação buscando sempre a melhoria para o paciente e profissionais; 3) Na minha unidade não vejo problemas, mas as demais deixam a desejar; 4) Na minha área o que acontece é o atropelamento das rotinas, não se conversa com o paciente.
<b>Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente</b>
1) Ainda confunde-se liderança com autoritarismo, resolução de problemas com busca por culpados, há coerção, assédio moral velado e outros comportamentos contrários a cultura; 2) Não basta criar regras para a segurança do paciente e não cobrar; 3) deveria haver mais comunicação entre chefia e funcionários e respeito com o ser humano; 4) Melhor supervisão nos setores (as chefias não ficam sabendo); 5) A chefia deveria reavaliar as necessidades para que o técnico tenha condições de administrar o melhor atendimento ao paciente; 6) A relação entre enfermeiros e funcionários deveria ser mais clara e resolutive, os funcionários deveriam ser vistos da mesma maneira por todos os enfermeiros, independente do turno; 7) Todos os especialistas devem ter os mesmos direitos e condições no centro cirúrgico, os pacientes exigem e a equipe tem treinamento, falta equipamento e isto aumenta os riscos de eventos adversos; 8) Há falha na incorporação e aceitação do <i>check list</i> pelos médicos; 9) Os médicos não aderem às rotinas de prevenção de infecção; 10) Mais respeito entre as categorias (medico x técnicos); 11) Mais cursos, palestras e orientações (apontado por três profissionais).
<b>Aprendizado organizacional – melhoria contínua</b>
1) Observei uma evolução muito positiva e crescente da segurança aqui; 2) Mais importante que os processos é a revisão constante destes e das práticas diariamente, só assim se faz assistência com qualidade e efetiva; 3) O erro começa quando chamam o paciente errado, mas o nosso <i>check list</i> funciona e checamos antes de passar o paciente errado; 4) [ <i>o check list</i> ] ajudou para não ocorrer erros de cirurgia
<b>Apoio da gestão para a segurança do paciente</b>
1) O HED investe significativamente em recursos materiais e capacitação para desenvolver a cultura de segurança; 2) A direção está distante; 3) Aqui eles estão mais preocupados com papéis do quem com a SP; 4) Muita coisa, mas não adianta falar.
<b>Percepção geral da segurança do paciente</b>
1) O HED está no nível dos melhores hospitais do país; 2) O HED preza muito pela segurança do paciente, sempre oferecendo auxílio e esclarecimentos para que haja cada vez menos acidentes com os pacientes; 3) De um modo geral, a segurança do paciente nesse hospital é muito boa, sempre procuramos manter o melhor para todos os pacientes; 4) Acredito que já evoluímos muito nesta caminhada, sempre buscamos a melhor assistência; 5) Percebo um avanço da segurança do paciente comparando com anos atrás; 6) Houve um progresso significativo na cultura de segurança do paciente; 7) O HED está longe de ser uma excelência em segurança do paciente, mas muito distante de ser insegura; 8) O HED não está 100% no entanto, vejo o futuro do hospital com bons olhos; 9) O HED vem crescendo muito no que diz respeito a segurança do paciente, mas ainda há muito a melhorar; 10) A enfermagem é a categoria que melhor absorveu os conceitos e as ações de segurança do paciente, há diferentes níveis de compreensão e comprometimento tanto na enfermagem quanto nas demais categorias e nas áreas assistencial e administrativa; 11) O caminho no HED para implantar a segurança do paciente está correto mas na ponta a compreensão ainda fica a desejar: desatenção, barulho, sobrecarga, insatisfação dos funcionários, ambiente conturbado (telefones tocando e ninguém atende, muito celular, risadas...); 12) A cultura de segurança do paciente precisa ser adotada como um valor institucional, todos precisam reconhecê-la com a filosofia da instituição.
<b>Retorno da informação e comunicação sobre erro</b>
1) A divulgação é a base central da melhoria; 2) Qualquer evento deveria ser notificado e corrigido; 3) Muitas vezes não temos retorno de solicitações e notificações de eventos realizados; 4) Não há retorno da chefia na ocorrência de um erro de medicação ou de questões comportamentais, não vejo resultado positivo; 5) Desconheço o formulário de notificação.

<b>Abertura da comunicação</b>
<p>1) Comunicação é a falha mais frequente que ocasiona um efeito cascata; 2) Vejo a comunicação e a quebra de rotina como um de nossos maiores problemas; 3) O relato de eventos deveria ser discutido em reuniões envolvendo apenas as equipes assistenciais para não correr o risco de pânico entre os funcionários que podem chegar a conclusões apressadas, sem poder ajudar o processo por não ser sua competência; 4) Deveríamos ter mais credibilidade para cobrar a monitorização dos anestesista, vemos muitas coisas erradas e não podemos cobrar pois nos dizem que os médicos são clientes e são eles que trazem a verba.</p>
<b>Frequência de relato de eventos</b>
<p>1) Falta amadurecer a questão das notificações; 2) Eu mesma administrei uma medicação na via certa, mas a dose errada, imediatamente comuniquei minha chefia e o médico, não tem como não se preocupar por um erro cometido; 3) Tivemos que fazer uma cirurgia de alta complexidade com uma torre inadequada; 4) Há mais ou menos 15 dias ocorreu um evento que resultou em óbito do paciente.</p>
<b>Trabalho em equipe entre as unidades</b>
<p>1) Precisa melhorar a comunicação na transferência do paciente para unidade de internação; 2) Tenho três eventos para relatar da semana passada: recebi dois pacientes ambulatoriais com alergia sem pulseira (coloquei quando fiz o <i>check list</i>), recebi do andar um paciente sem pulseira de identificação e recebi um paciente do andar para cirurgia todo vestido com as roupas que veio de casa; 3) Às vezes recebo pacientes sem grades no leito e sozinhos, sem familiares; 4) Medicamentos suspensos sobem da farmácia, <i>tasy</i> permite prescrição de superdosagem de medicamentos, tomadas próximas aos gases inflamáveis, monta carga quase sempre estragado; 5) O formulário de admissão do paciente com pouca informação, omite informações de segurança do paciente; 6) A falta de uma farmácia na uti é o maior fator de risco para EA.</p>
<b>Adequação de profissionais</b>
<p>1) A segurança do paciente é fundamental mas a nossa como profissional também para podermos atender com eficiência e zelo; 2) Em nosso dia a dia tentamos fazer o melhor para manter a segurança do paciente porem nem sempre conseguimos devido a várias fatores, mas estamos no caminho certo; 3) Segurança do paciente faz parte dos nossos cuidados, zelamos pela segurança, tranquilidade e integridade física e psicológica dos pacientes; 4) Cabe aos profissionais zelar pelo cuidado do paciente e prezar por um atendimento com eficiência e qualidade; 5) Tem sobrecarga de trabalho resultando em cuidado deficiente e isso desmotiva os funcionários; 6) A maioria dos eventos ocorre devido à sobrecarga de trabalho, os erros que presenciei estavam relacionados ao cansaço e a sobrecarga de atividades; 7) Sobrecarga de trabalho; 8) Muitos paciente para somente um técnico de enfermagem, não conseguimos dar conta de todas as tarefas, ficando a desejar nosso trabalho; 9) Grande número de pacientes para atender, fica difícil perceber a SP, temos pouco tempo para prestar o atendimento e isso também dificulta notar se houve erro pois fazemos o atendimento e não conseguimos voltar e teoricamente assim não há erro; 10) Grande quantidade de trabalho e poucos funcionários facilitam os erros; 11) No setor que trabalho, acredito que precisam de mais funcionários (médicos, técnicos e enfermeiros); 12) Aumento do número de profissionais; 13) Envolver os residentes é o ponto chave para difundir a cultura de segurança do paciente; 14) Temos que ter muita atenção em tudo (no atendimento do paciente, ao administrar medicamento, ao que se fala diante dos familiares); 15) Poucos colegas ficam acompanhando seus pacientes, são pouco interessados, não tem comprometimento (principalmente os que mais tem tempo dentro da instituição).</p>
<b>Passagem de plantão ou de turno/ transferências</b>
<p>1) A troca de turno deveria ser mais organizada com regras, rotinas, agilidade e sincronia entre setores; 2) Mais atenção nas trocas de informação com relação aos pacientes; 3) Na passagem de plantão deveria haver mais cooperação para melhor funcionamento das atividades do hospital e do setor, pensar mais no paciente e não sair correndo, enfermagem é uma continuidade; 4) Pacientes transferidos da emergência que apresentam risco de queda não são identificados e as vezes não é passado que o paciente apresentou uma queda, na maioria das vezes é o técnico do andar que identifica, que tem o cuidado de elevar as grades, deixar cama próxima do chão, campainha ao alcance e orientação, passando para o colega do próximo plantão quando o paciente é de risco e está desacompanhado; 5) Paciente é chamado para cirurgia muito antes e fica aguardando, muitas vezes sozinho, podendo sofrer uma queda, além de ficar ansioso com a espera; 6) Pacientes quando entram no setor não tem uma conferência do nome e data de nascimento; 7) Atraso de médicos deixam os pacientes esperando por horas; 8) Alocar dois pacientes com o mesmo nome juntos pode levar o profissional a cometer erros.</p>

<b>Respostas não punitivas aos erros</b>
1) Há questões que impedem a consolidação da cultura: paradigma erro = punição, muitos erros são ocultados.
<b>Sugestões de Melhoria Organizacional</b>
1) Mais humanismo; 2) Melhorar os processos de identificação dos pacientes, quedas e alergias; 3) Identificar o nome do paciente na cabeceira do leito; 4) Identificar os pacientes portadores de germe multirresistente no centro cirúrgico; 5) A entrada das unidades (lado de fora) poderia haver mais segurança; 6) Maior rigor no acesso ao hospital (visitas, controle de entradas, catracas, acesso com crachá, risco de fuga); 7) Todos os profissionais (médicos) deveriam usar crachá; 8) Melhoria nas acomodações dos familiares, muitos se negam a permanecer no hospital pois negam-se a pernoitar em cadeiras; 9) Melhoria nos leitos (paredes de aspiração e oxigênio); 10) Substituir as camas hospitalares (quatro relatos); 11) Melhorar tamanho das portas nas unidades; 12) Banheiros com degraus e box muito pequeno; 13) Cadeiras de banho não são seguras; 14) Trocar todas as fontes de luz de cirurgias; 15) Pacientes com risco de suicídio em quartos sem grades e andares altos (dois relatos)
<b>Comentários relacionados a Pacientes e Familiares</b>
1) O paciente compromete a eficiência do serviço pois muitas vezes mente ou omite informações importantes (não dizem que usam próteses, não querem tirar as roupas íntimas, acham exagero ser transportado de macas para procedimentos simples, questionam o porquê de tantas perguntas,...); 2) Pacientes confusos, sem condições de sair do leito e familiares resistentes, teimosos, muitas vezes tirando paciente do leito sem o consentimento da equipe; 3) Pacientes idosos, debilitados deveriam estar acompanhados de seus familiares / cuidadores; 4) A maioria dos pacientes são idosos e os familiares não estão presente; 5) Familiar deixam pacientes sozinhos; 6) Familiares deixam os pacientes sozinhos, muitas vezes são abandonados no hospital, teria que ser mais cobrado a presença deles; 7) Um evento que é comum, paciente pós AVC, caminha com dificuldade e a familiar quer que tire da cama, é muito arriscado, mas nem sempre conseguimos persuadir o familiar.

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.

## APÊNDICE J - Comentários Questão Discursiva: Grupo Apoio Técnico para Assistência

<b>Trabalho em equipe dentro das unidades</b>
1) Observo que os profissionais da enfermagem e outros tem o maior cuidado quanto a segurança do paciente neste setor (Emergência); 2) Tento proporcionar a maior agilidade possível para o atendimento do paciente; 3) As equipes deveriam se unir mais, o paciente é de todos não de um técnico exclusivo; 4) Ocorre mudanças de leito sem avisar; 5) É preciso maior agilidade no pronto atendimento e serviço terceirizado; 6) No turno da noite, a emergência fica abandonada porque saem para dormir, as enfermeiras são mal educadas e tratam pacientes e colegas com diferença; 7) Observo descaso com paciente que tem dificuldades de se alimentar; funcionários no telefone ou whats sem se importar quando sinalizado.
<b>Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente</b>
1) É preciso atingir a linha de frente, temos desigualdade de conhecimento por falta de comprometimento; 2) Necessário trabalhar mais a questão da segurança do paciente, faltam treinamentos para todas as áreas; 3) Necessidade de treinamentos periódicos sobre temas específicos (medicação); 4) Treinamentos mais dinâmicos; 5) Pôr em prática a política de rastreabilidade de medicamentos e materiais, controle de lotes e validade mais rígidos; 6) Cobrança mais rígida, muitos colaboradores não tem a percepção da gravidade de seus erros; 7) Falta cobrança para ser feito as rotinas certas; 8) Deveria ter alguém em cada unidade que ouvisse a enfermeira.
<b>Aprendizado organizacional – melhoria contínua</b>
1) O erro está nos processos e não nas pessoas; 2) Motivar as equipes, mostrar o ruim mas não esquecer de tirar o aprendizado; 3) Há dificuldade na sensibilização dos funcionários em relação a importância de conferir o nome dos pacientes na entrega das dietas; 4) Pacientes com mesmo nome no mesmo quarto.
<b>Apoio da gestão para a segurança do paciente</b>
1) A instituição zela muito pela segurança do paciente; 2) Temos como pontos positivos o apoio da alta direção e equipe disposta a disseminar a cultura de segurança do paciente; 3) Acredito que o hospital faça o possível e o necessário para melhor conforto e segurança de todos; 4) A Direção não vê as adequações necessárias a legislação como um investimento, mas sim como prejuízo, o trabalho é pouco reconhecido e a valorização dos profissionais está a quem do que é praticado, a necessidade de mudança está no discurso, as iniciativas são boicotadas por grupos que colocam seus interesses pessoais acima dos interesses que levariam a melhoria da qualidade do trabalho e assistencial.
<b>Percepção geral da segurança do paciente</b>
1) Acredito na referência deste hospital em relação a segurança do paciente; 2) Acho o hospital bem capacitado com relação ao atendimento aos pacientes; 3) O paciente aqui é bem atendido; 4) A princípio tem uma boa segurança para os pacientes desta instituição; 5) O cuidado com o paciente está bem encaminhado; 6) Estamos no caminho certo, já falamos sobre segurança do paciente, agora temos que dar continuidade; 7) Tenho o maior prazer em trabalhar neste hospital, me sinto em casa e tem toda a liberdade de trabalhar; 8) A segurança do paciente é muito importante (dois relatos); 9) Em geral, a segurança do paciente é bem difundida e levada a sério, infelizmente muitos profissionais não percebem a importância deste cuidado.
<b>Retorno da informação e comunicação sobre erro</b>
1) Temos diversas maneiras de registrar EA porem falta uma padronização dessas notificações, um lugar específico para centralizar essas notificações.
<b>Abertura da comunicação</b>
1) Falamos sobre erros aqui; 2) Ainda existem eventos que não são relatados, não por falta de oportunidade, mas sim porque são omitidos.
<b>Frequência de relato de eventos</b>
1) Diariamente os eventos estão sendo comunicados e assim podemos melhorar; 2) A subnotificação ocorre por dois fatores: falta de conhecimento dos profissionais sobre o que é um evento e falta de um canal que mantenha o anonimato no momento da notificação; 3) Não fiquei sabendo de nenhum erro ou relato.

<b>Trabalho em equipe entre as unidades</b>
1) As unidades se adaptam para que a assistência tenha continuidade e qualidade tanto para pacientes quanto profissionais e familiares; 2) A segurança do paciente vai desde acolher o paciente quando chega na instituição, conferir dados, cadastro e pulseira até encaminhar o paciente certo para o local certo; 3) A segurança do paciente para ser plena deve iniciar desde a chegada dos pacientes prestando atenção no nome completo, cadastros... sempre prestando atenção, se é o paciente certo, medicamento certo, na prevenção de quedas...; 4) Funcionários de outros setores não dão a devida liberdade aos vigias; 5) A segurança do paciente não é só da diretoria ou dos médicos mas sim de todos que estão aqui por isso deveria ter compartilhamento maior entre os setores e entre colegas e chefias.
<b>Adequação de profissionais</b>
1) É um dever de todos cuidar do paciente sempre visando a segurança de todos; 2) Todos temos que fazer a nossa parte, com respeito e responsabilidade; 3) Os pacientes tem que ser bem atendidos por todos nós; 4) Nós atendemos todas as instruções de trabalho e treinamentos da instituição para que o cliente seja bem atendido e saia satisfeito; 5) Os profissionais teriam que ter respeito, paciência, bom senso e comprometimento com os pacientes sempre; 6) Poucos profissionais atendem de forma humanizada, faltam com respeito com o paciente e isso atinge os familiares; 7) O excesso de trabalho e a correria deixa coisas pendentes; 8) Vejo muitos erros na checagem de medicações e descumprimento de protocolos no dia a dia; 9) O hospital deveria ter mais atenção com a enfermagem; 10) Há muitos pacientes para uma enfermeira; 11) Profissionais da enfermagem são sobrecarregados e não conseguem dar a devida atenção; 12) Aumentar o número de funcionários para evitar esgotamento do funcionário; 13) Aumentar o quadro de funcionários para terem mais atenção as tarefas; 14) Procedimentos realizados por profissionais despreparados nos cursos técnicos.
<b>Passagem de plantão ou de turno/ transferências</b>
1) As passagem de informações deveriam ser mais detalhadas entre setores (informações as vezes são passadas pelo paciente ou familiar); 2) As passagens de plantão demoram e com isso demora para iniciar os cuidados com o paciente.
<b>Respostas não punitivas aos erros</b>
1) Temos que ser responsabilizados pela falta de atenção, mas temos que ter melhores normas de trabalho.
<b>Sugestões de Melhoria Organizacional</b>
1) Melhorar a segurança nos arredores do hospital; 2) Não tem controle no acesso ao hospital, muita gente entra sem ser percebido; 3) Muita gente entrando no hospital; 4) A entrada geral do hospital não tem controle; 5) Controle de visitas; 6) Fechar os portões (muitas entradas); 7) Plano de saúde para os colaboradores, temos que zelar pela saúde dos colaboradores e assegurar seu bom desempenho profissional; 8) Plano de saúde para os colaboradores da linha de frente; 9) Mais equipamentos e mais funcionários dispostos a ajudar e não ficar de conversa nos corredores ou com celular na mão; 10) Ler a fichas com dietas e ter muita atenção para o bem estar do paciente
<b>Comentários relacionados a Pacientes e Familiares</b>
1) A maioria dos pacientes saem agradecidos pelo carinho e gentileza dos profissionais (do menor ao maior); 2) O que mais agrada o nosso paciente é o cuidado e carinho que temos com eles desde a chegada até a saída; 3) Vejo pacientes sozinhos nos quartos sem ninguém para ajudar na sua alimentação ou fechar janela; 4) Pessoas sem identificação e fora do horário de visita entram nos leitos sem as devidas precauções (quando isolamento); 5) Muitos pacientes idosos, confusos e desacompanhados; 6) Tempo de espera na emergência longo colocando em risco os pacientes.

Fonte: Dados da pesquisa, Prates CG. Porto Alegre, 2018.



## ANEXO A - Parecer Consubstanciado COMPESQ-UFRGS

### PARECER COMPESQ-ENF

#### CULTURA DE SEGURANÇA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E FATORES QUE INFLUENCIAM PARA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

##### 1. ASPECTOS CIENTÍFICOS

Título – Adequado em concordância com os objetivos.

Introdução - revisão da literatura e fundamentação teórica pertinente adequada.

Objetivos – Objetivo geral: Analisar a Cultura de Segurança do Paciente percebida pelos profissionais e os fatores que influenciam para assistência ao paciente em um hospital geral e privado de Porto Alegre.

Objetivos específicos: Identificar a Cultura de Segurança do Paciente percebida pelos profissionais conforme as dimensões do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) na versão brasileira; Verificar associação entre percepção de Cultura de Segurança do Paciente e variáveis sócio-demográficas e laborais dos profissionais; Analisar os fatores que influenciam a percepção dos profissionais acerca da Cultura de Segurança do Paciente; Discutir a Política de Segurança do Paciente implantada na instituição a partir da percepção dos profissionais e os fatores que influenciam para assistência ao paciente; Elencar oportunidades de melhorias para instituição a partir da percepção dos profissionais.

Método – estudo do tipo Misto, caracterizando-se pelo desenho sequencial explanatório com preponderância quantitativa, esquematicamente assim representado: QUAN-qual.

Delineamento - estudo terá duas etapas sequenciais e inter-relacionadas: a primeira etapa será quantitativa (transversal) para identificação da Cultura de Segurança do Paciente percebida pelos profissionais, mediante aplicação de um questionário, e na sequência, a etapa qualitativa que aprofundará e explorará os aspectos desta cultura e os fatores que influenciam para assistência ao paciente, utilizando-se a técnica de Grupo Focal. O local a ser será uma instituição hospitalar, geral e privada de Porto Alegre, onde a pesquisadora exerce sua atividade profissional na qualidade de Coordenadora do Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos (SEGER). População profissionais contratados da instituição que atuam nas áreas de assistência direta ao paciente. Amostra etapa quantitativa aleatória estratificada por categoria profissional e na etapa qualitativa amostra intencional sorteados a etapa quantitativa. Análise dados etapa quantitativa será descritiva através de frequências simples (n) e relativas (%), para variáveis categóricas e média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, para variáveis quantitativas. Os grupos serão comparados através do teste qui-quadrado. Em todas as análises será considerando o nível de significância de 5%. As análises estatísticas serão realizadas no programa SPSS, versão 22.0. A análise de confiabilidade do HSOPSC será estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach – coeficiente amplamente utilizado para avaliar consistência interna e útil em situações em que se aplica o instrumento uma única vez em determinada amostra. Os valores variam entre 0 e 1, e o limite aceito em pesquisa exploratória é 0,60. Análise etapa qualitativa passos de Minayo.

Cronograma -. Adequado e compatível com a proposta de pesquisa

Orçamento - apresenta.

Referências - adequadas ao projeto e citadas adequadamente.

## 2. ASPECTOS REGULATÓRIOS

Projeto de acordo com normas e diretrizes vigentes, sobretudo resolução CNS 466/12 e específicas.

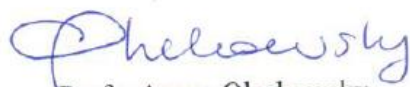
## 3. ASPECTOS ÉTICOS

Apresenta riscos e benefícios, TCL, carta concordância instituição.

## 4. Comentários.

**PROJETO APROVADO.**

Porto Alegre, 14 de dezembro de 2016.



Profa. Agnes Olschowsky,  
Coordenadora Substituta da COMPESQ/EENF.



## ANEXO B - Carta de Concordância da Instituição



Porto Alegre, 22 de setembro de 2016.

### CARTA DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA.

As Superintendências Médica e Administrativa estão de acordo com a realização da pesquisa intitulada "**Cultura de Segurança: Percepção dos profissionais e repercussões para assistência ao paciente**", que tem por objetivo analisar a cultura de segurança do paciente percebida pelos profissionais de saúde e suas repercussões para assistência ao paciente nas dependências desta instituição e como pesquisadora a *Enfª Cassiana Gil Prates*, coordenadora do Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos. Ainda, manifestamos concordância com a divulgação da Política de Segurança do Paciente para fins científicos e acadêmicos desta pesquisa.

Atenciosamente,

  
**Ricardo Oronoz Guterres**  
Superintendente Médico

  
**Odacir Vicente Binotto Rossato**  
Superintendente Administrativo

uma empresa  Afpergs

Av. Ipiranga, 1801 - Porto Alegre/RS - CEP: 90160 093 - Fone: (51) 3217.2002 - [www.hed.com.br](http://www.hed.com.br)

## ANEXO C - Instrumento HSOPSC

### Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

(Questionário validado e adaptado para o contexto brasileiro por Claudia Tartaglia Reis, 2013)

#### 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.

**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

Pense em sua unidade como a área, departamento, unidade ou serviço onde você passa a **maior parte do seu tempo de trabalho**. Qual a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione **UMA resposta**:

(Onde você passa a **maior parte do seu tempo de trabalho**)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unidade de Internação                                 | <input type="checkbox"/> Emergência  |
| <input type="checkbox"/> Unidade de Terapia Intensiva Adulto                   | <input type="checkbox"/> Endoscopia  |
| <input type="checkbox"/> Unidade de Terapia Intensiva Neonatal /<br>Pediátrico | <input type="checkbox"/> Raio-x  |
| <input type="checkbox"/> Unidade de Cuidados Especiais                         | <input type="checkbox"/> Ambulatório /   |
| <input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico                                      | <input type="checkbox"/> Oncologia / Reumatologia                                  |
| <input type="checkbox"/> Sala de Recuperação                                   | <input type="checkbox"/> Farmácia  |
| <input type="checkbox"/> Centro de Material e Esterilização                    | <input type="checkbox"/> Nutrição  |
| <input type="checkbox"/> Centro Obstétrico                                     | <input type="checkbox"/> Área administrativa (financeiro, TI,<br>comercial, RH...) |
| <input type="checkbox"/> Outra: _____  |  |

**Indique a sua concordância ou discordância com relação às afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho**

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital (onde você passa a maior parte do seu tempo)	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente 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. Os profissionais desta unidade 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 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 tem 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 mais graves não aconteçam por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando ficamos sobrecarregados, os outros profissionais desta unidade 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 notificado, 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 se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade, temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### SEÇÃO B: o seu supervisor / chefe

**Indique a sua concordância ou discordância com relação às afirmações sobre o seu supervisor / chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente**

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital (onde você passa a maior parte do seu tempo)	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 para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### SEÇÃO C: Comunicação

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital (onde você passa a maior parte do seu tempo)	Nunca	Raramente	As 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 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 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 têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

#### SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital (onde você passa a maior parte do seu tempo)	Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

#### SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

Excelente     
 Muito boa     
 Regular     
 Ruim     
 Muito ruim

#### SEÇÃO F: o seu hospital

Indique a sua concordância ou discordância com relação às 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





## ANEXO D - Política de Segurança do Paciente HED



### POLÍTICA DE SEGURANÇA DO CLIENTE/PACIENTE

O Hospital Ernesto Dornelles declara seu compromisso com a Segurança do Cliente/Paciente garantindo qualidade e atendendo aos atributos de eficácia, efetividade, eficiência, otimização de recursos, redução de desperdício, legitimidade, equidade e foco no cliente/paciente em todos os processos da cadeia assistencial, buscando constantemente a gestão e a cultura pela segurança – justa, transparente e educativa.

A Política da Segurança do Paciente sedimenta-se na adesão à Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, às Metas Internacionais pela Segurança do Paciente, à Campanha Protegendo 5 milhões de Vidas, à Rede Sentinela da ANVISA, aos Protocolos de Segurança do Ministério da Saúde, à elaboração de Mapas de Riscos Assistenciais, ao monitoramento de Indicadores de Qualidade e Segurança Assistencial e ao gerenciamento dos Incidentes. Os desdobramentos dessa Política são evidenciados institucionalmente em Instruções de Trabalho, Manuais, Protocolos, Programas e Matrizes de Indicadores.

Os objetivos da “Política da Segurança do Cliente/Paciente” são:

- Garantir segurança nos processos assistenciais;
- Gerenciar os riscos envolvidos nos processos assistenciais;
- Estimular a notificação de incidentes com vistas ao aprendizado institucional;
- Instituir a cultura pela segurança nos processos de trabalho de todos os níveis hierárquicos;
- Garantir que o cliente/paciente seja o foco em todos os processos institucionais.

A Segurança é a dimensão mais crítica e decisiva para o desenvolvimento das boas práticas gerenciais e assistenciais. Portanto, os serviços devem empenhar-se em atender às expectativas da Política de Segurança do Cliente/Paciente, buscando desenvolver ações nos seguintes temas:

- Gerenciamento dos processos de trabalho e dos recursos humanos e materiais com foco na segurança do paciente;
- Desenvolvimento e capacitação dos seus profissionais visando o gerenciamento dos riscos envolvidos nos seus processos de trabalho assistencial e em ações de segurança;
- Promoção de ações de melhoria contínua dos processos assistenciais com foco no gerenciamento dos riscos e na cultura pela segurança;
- Estímulo à notificação de incidentes garantindo transparência, justiça e aprendizado institucional.

### ANEXO E - Mapa Estratégico HED



**Missão**  
 Proporcionar assistência integral e qualificada à saúde, buscando ser referência médico-hospitalar, através de uma empresa autossustentável

**Visão**  
 Ser referência Nacional até 2022

FINANCEIRA	<p>Otimizar a Rentabilidade</p> <p>Assegurar a Sustentabilidade Financeira</p>
CLIENTES E MERCADO	<p>Promover Ações de Captação Qualificada de Novos Clientes</p> <p>Ampliar as Ações de Marketing para Fortalecer a Imagem Institucional</p> <p>Intensificar o Relacionamento com a Comunidade</p>
PROCESSOS	<p>Promover a Gestão de Processos</p> <p>Otimizar a Gestão das Unidades de Negócios</p> <p>Adequar a Capacidade Instalada ao Mercado</p> <p>Fortalecer a Cultura da Excelência</p>
APRENDIZADO E CRESCIMENTO	<p>Garantir a minimização dos Riscos Jurídicos</p> <p>Captar, Desenvolver e Reter o Capital Humano</p> <p>Adequar a Infraestrutura de TI às Novas Exigências</p> <p>Garantir a excelência na Gestão dos Programas Institucionais</p>
ASSISTENCIAL	<p>Implementar a Pesquisa, o Ensino e a Educação Continuada</p> <p>Fortalecer a Gestão Assistencial</p> <p>Consolidar a Cultura pela Segurança do Paciente</p>