

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

DEYSI HECK FERNANDES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DO RS.**

PORTO ALEGRE
2018

DEYSI HECK FERNANDES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DO RS.**

**Dissertação apresentada como requisito parcial
à obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao
Programa de Pós Graduação em Saúde
Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande
do Sul.**

Orientador: Paulo Antonio Barros Oliveira

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Heck Fernandes, Deysi

Cultura de segurança do paciente entre os
trabalhadores de enfermagem de um hospital do RS /
Deysi Heck Fernandes. -- 2018.

66 f.

Orientador: Paulo Antonio Barros Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2018.

1. Segurança do Paciente. 2. Enfermagem. I. Barros
Oliveira, Paulo Antonio, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

DEYSI HECK FERNANDES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DO RS.**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Paulo Antonio Barros Oliveira

Apresentada em 23 de março de 2018.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Paulo Antonio Barros Oliveira - Orientador

PPGCOL – UFRGS

Prof. Dra. Érica Rosalba Mallmann Duarte - Examinadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dra Jacinta Sidegum Renner - Examinadora

Universidade Feevale (Feevale)

Dra. Rubia Maestri – Examinadora

Hospital Moinhos de Vento (HMV)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Paulo Antonio, por acreditar em mim, pela paciência, por todo o conhecimento transmitido, pelo enorme entusiasmo que me contagiou, pela amizade e apoio em todos os momentos. Esteve sempre disposto a ajudar e ensinar, além de achar soluções nos momentos em que eu só via obstáculos. Por propor desafios e por proporcionar tantos aprendizados. Pelo seu suporte incondicional e por ser um exemplo de pessoa e profissional.

Aos meus pais Delcio e Eliana que sempre me motivaram, entenderam as minhas faltas e momentos de afastamento e reclusão e me mostraram o quanto era importante estudar, por me apoiarem nas minhas escolhas e me incentivarem a sempre buscar novas metas. Ao meu querido irmão Carlos, por sempre estar pronto a me apoiar em tudo nesta vida.

Aos meus amigos, que dividiram comigo as alegrias, conquistas e angústias nesse período do mestrado. Que me incentivaram em todos os momentos, mesmo quando deixei de acreditar.

Aos professores que compuseram minhas bancas, pela dedicação, competência, apoio e todo conhecimento compartilhado.

A todos os colegas, que tornaram meus dias mais leves e alegres, pelas trocas e construções de saberes.

Aos colegas de trabalho, principalmente minha equipe de enfermagem, por sempre me apoiarem, me compreenderem e estarem do meu lado em todos os momentos.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, minha gratidão!

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a cultura de segurança entre os trabalhadores de enfermagem em um hospital do RS, através do Questionário de Atitudes de Segurança (Safety Attitudes Questionnaire). O instrumento é separado pela primeira parte, composto de 36 perguntas, e na segunda parte por dados do participante, relativos ao sexo, categoria profissional, turno de trabalho, tempo e unidade de atuação. Trata-se de uma pesquisa transversal descritiva, onde 56 trabalhadores responderam o questionário no segundo semestre de 2017, sendo considerado escore positivo aquele com valor \geq a 75 pontos. Em relação ao sexo, houve predomínio do feminino (54,8), masculino (45,2). Os técnicos de enfermagem constituíram maior número de respondentes (42), em relação aos enfermeiros (12); metade dos participantes trabalha na instituição entre 3 a 4 anos. Entre os domínios avaliados os escores com melhor pontuação foram: Satisfação no trabalho (87,3), condições no trabalho (81,2) e clima de trabalho em equipe (76,3), já os demais escores: clima de segurança (74,5), percepção de estresse (62,8), percepção da gerência (67,3), não atingiram os valores considerados positivos para cultura de segurança, o escore total foi de 73,6. Os resultados demonstram fragilidade em três dos seis domínios do questionário, apontando a necessidade de planejamento e desenvolvimento de ações voltadas para a cultura de segurança do paciente.

Palavras chave: cultura de segurança, equipe de enfermagem, serviço hospitalar.

ABSTRAC:

The present study aimed to evaluate the safety culture among nursing workers in a hospital in RS, through the Safety Attitudes Questionnaire. The instrument is separated by the first part, composed of 36 questions, and in the second part by data of the participant, related to the sex, professional category, work shift, time and unit of performance. This is a cross-sectional descriptive research, where 56 workers answered the questionnaire in the second half of 2017, being considered a positive score with ≥ 75 points. In relation to sex, there was a predominance of females (54.8), males (45.2). The nursing technicians constituted a greater number of respondents (42), in relation to nurses (12); half of the participants work in the institution between 3 and 4 years. Among the domains evaluated, the scores with the best scores were: Work satisfaction (87.3), work conditions (81.2) and teamwork climate (76.3), while the other scores were: safety climate (74 , 5), perception of stress (62,8), management perception (67,3), did not reach values considered positive for safety culture. The results demonstrate fragility in three of the six domains of the questionnaire, pointing out the need for planning and development of actions focused on the culture of patient safety.

Key words: safety culture, nursing team, hospital service.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHRQ - Agency for Health Care Research and Quality

CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação

CEDOP – Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho

HSOPSC - Hospital Survey on Patient Safety

JCAH - Joint Commission on Accreditation of Hospitals

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations

JCI – Joint Commission International

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

PPG – Programa de Pós-Graduação

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

RS – Rio Grande do Sul

SAQ - Safety Attitudes Questionnaire

SAQ - Questionário Atitudes de Segurança

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHO - World Health Organization

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1. Apresentação.....	09
2. Introdução.....	10
3. Justificativa.....	15
4. Revisão Bibliográfica.....	16
4.1. Cultura de Segurança.....	16
4.2. Instrumentos para avaliação da cultura e clima de segurança.....	20
4.3. Qualidade, Processos de Certificação e o SUS.....	22
5. Objetivos.....	27
5.1 Objetivo Geral.....	27
5.2 Objetivo Específico.....	27
6. Metodologia.....	28
6.1. Local da Pesquisa.....	28
6.2. Participantes da Pesquisa e Aspectos Éticos.....	29
6.3. Critérios de Inclusão.....	29
6.4. Critérios de Exclusão.....	30
6.5. Coleta de Dados.....	30
6.6. Instrumento da Pesquisa.....	30
6.7. Análise dos Resultados.....	22
7. Conclusão.....	33
8. Referências.....	34
9. Anexo A.....	39
10. Apêndice A.....	40
11. Apêndice B – Artigo 1.....	42
12. Apêndice C – Artigo 2.....	53

1. APRESENTAÇÃO

O presente trabalho trata-se da dissertação de mestrado da aluna Deysi Heck Fernandes, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, orientada pelo Professor Doutor Paulo Antonio Barros Oliveira.

Este estudo surgiu pelo interesse do tema de segurança do paciente devido à experiência profissional da pesquisadora, tema este, que emergiu maior interesse após ser aprofundado na disciplina de gestão de enfermagem frequentada no início do mestrado.

Estudar sobre o tema, traz benefícios à academia e a pesquisadora, pois pode responder aos seus questionamentos profissionais, podendo nortear a instituição pesquisada e seus gestores a repensar o processo de trabalho e trazer o embasamento teórico de como os trabalhadores visualizam o tema de segurança do paciente na sua prática profissional.

2. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde no meio médico-hospitalar (WHO, 2012). Atualmente o conceito é tratado e difundido como prioridade nos assuntos referentes à qualidade da assistência na saúde e estudos têm ganhado força e importância neste sentido.

Apesar de o tema ser atual, historicamente já havia uma preocupação com a segurança do paciente, através de Hipócrates, o pai da medicina, a quem foi atribuído o conceito: *primum non nocere*, ou seja, em primeiro lugar, não causar dano (CAUDURO, 2013).

O relatório *The Error is Human* em 1999, pelo Institute of Medicine (IOM) apontou que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morreram, a cada ano, nos hospitais dos Estados Unidos da América (EUA), vítimas de eventos adversos (KOHN, 2000). A ocorrência de eventos adversos é um problema mundialmente relevante, e representa também, um enorme prejuízo em relação aos danos causados aos pacientes e conseqüentemente, em termos financeiros.

Em contrapartida a estas necessidades mundiais, a OMS, lançou em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O programa conta com estratégias, diretrizes e metas internacionais, que visam disseminar e garantir, em diferentes países, práticas que disseminem a segurança dos pacientes (WHO, 2012).

Além da OMS, outras organizações também foram mobilizadas no sentido de qualificar a segurança do paciente, entre as quais se destacam a Joint Commission Accreditation of Health care Organizations (JCAHO), hoje denominada Joint Commission International (JCI), importante empresa de acreditação de qualidade e segurança hospitalar, que foram designadas pela OMS em 2005 como os primeiros centros colaboradores para as soluções na segurança do paciente (JCI, 2008).

Os processos de acreditação no Brasil, que ocorrem com maior frequência em instituições privadas interessadas em atingir excelência na prestação de serviços e também serem reconhecidas por isto; também se revelam de grande importância para a segurança do paciente. Procuram garantir aos pacientes, profissionais e público em geral a segurança indispensável aos serviços de saúde, tendo em vista que seus protocolos estão voltados principalmente à segurança do paciente que é o primeiro nível a ser avaliado (ONA, 2011).

Os processos de acreditação no ambiente hospitalar partem do princípio de que os hospitais devem ser locais seguros para o paciente e também para os profissionais. Portanto, segurança deve ser reconhecida como essencial para a organização e deve ser preocupação de todos os gestores e profissionais de saúde desde o momento da definição dos protocolos até o cuidado ao paciente propriamente dito.

No Brasil destacam-se as iniciativas governamentais, através da relevante atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Rede Sentinela e do seu constante monitoramento dos produtos de saúde utilizados no Brasil (BRASIL, 2005). Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de aprimorar a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, públicos ou privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS. Além disso, em 2014 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014).

As organizações prestadoras de serviços hospitalares estão em busca constante, pela qualidade e por evidências de qualidade. A exigência dos clientes/pacientes é cada vez maior, a concorrência no mercado, assim como a disputa por estes, pois a percepção da excelência nos serviços prestados torna-se ponto estratégico. A qualidade da instituição e de seus profissionais se reflete na assistência prestada aos pacientes que procuram este tipo de serviço médico para cuidar de sua saúde. Ao se adequarem a estes padrões, eles passam a se tornar cada vez mais seguros para a prática profissional e para o cuidado do paciente. Com isto, começam a ser reconhecidos pelos serviços que prestam, tornando mais evidentes os seus atributos de qualidade e buscando um diferencial no mercado de saúde.

As organizações hospitalares estão em constante busca de aprimoramentos, através de certificações, a equipe de enfermagem passa a se preocupar mais com o assunto, pois este é mais um dos critérios em função dos quais as instituições são avaliadas. Com isto, as opiniões das equipes de enfermagem das organizações hospitalares sobre segurança do paciente podem ser um importante instrumento para a administração do hospital, pois fornecem informações preciosas sobre o

pensamento dos trabalhadores de enfermagem em relação ao processo de trabalho e segurança na instituição. A partir dessas informações a administração pode melhorar os sistemas e processos, definir barreiras para prevenir erros e realizar treinamentos para os trabalhadores da instituição, com o objetivo de conhecer o assunto em seus aspectos técnicos e capacitar-se para preparar a equipe para lidar com a segurança do paciente e com suas repercussões.

Contudo, imagina-se que os profissionais de saúde somente irão externar suas percepções a respeito da segurança do paciente se existir uma cultura apropriada na instituição, oferecendo tranquilidade e sigilo para o profissional reportar as falhas cometidas sem a tradicional procura por culpados e a cultura de punição por estas.

Sendo assim, cultura de segurança está associada à cultura da organização, e pode ser mensurada para fins de avaliação dos processos institucionais, além da observação e acompanhamento dos indicadores que caracterizam a organização, tais como o perfil da gerência e dos funcionários, a coerência entre a missão e valores da instituição, atitudes e clima da organização (SCHEIN, 2004). Neste sentido, o clima organizacional é considerado indicador passível de avaliação e permite comparar uma organização a outra, além de influenciar, direta e indiretamente, o comportamento, motivação, produtividade e satisfação dos trabalhadores (CARVALHO, 2012).

Para atingir uma cultura de segurança, deve haver uma compreensão dos valores, crenças e normas sobre o que é valorizado em uma instituição, e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são esperados e adequados (SORRA; NIEVA, 2004). Portanto, para que seja possível desenvolver ações que promovam um cuidado mais seguro, é necessário avaliação da cultura de segurança existente na unidade onde o profissional atua de forma a identificar as fragilidades e fortalece-las para, em um nível gerencial, trabalhar os diferentes aspectos, para a realização da prática mais segura.

Sendo assim, surge a necessidade de métodos para a mensuração da cultura e clima de segurança, a exemplo escalas e questionários. Em 2006 Sexton e colaboradores criaram o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006 com o objetivo de mensurar a cultura de segurança entre profissionais de saúde. Este instrumento foi traduzido e validado para a língua portuguesa e aplicado em

seis hospitais públicos terciários no Brasil por Carvalho (2011), e seu título neste idioma é Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ – Anexo 2).

Diante do exposto, conhecer a cultura de segurança nas instituições de saúde é uma ferramenta capaz de ajudar a gestores e estudiosos comprometidos com as questões referentes à segurança do paciente, para que possam melhorar e programar estratégias que visem à qualidade do cuidado, garantido um ambiente adequado e seguro aos trabalhadores e pacientes. Embasada em tais premissas, a questão norteadora desta pesquisa é: *Qual a percepção de cultura de segurança do paciente entre os trabalhadores de enfermagem de um determinado hospital do RS, Brasil?*

A enfermagem ganha destaque em relação à segurança do paciente pelo seu contingente e a proximidade constante na assistência prestada ao paciente. Sua atuação é norteadora por preceitos éticos que estabelecem o comprometimento com a saúde do ser humano e da coletividade e a atuação na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas. Além de assegurar ao paciente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (COFEN, 2007). Assim, mais que uma assistência consciente, promover a segurança do paciente representa um compromisso ético que deve ser seguido e almejado pelos profissionais de enfermagem.

Por isto, dentre os diferentes cenários assistenciais de cuidado em saúde, destaca-se o trabalho realizado em instituições hospitalares. O hospital tem características específicas, por prestar um cuidado que é diversificado, ou seja, deve ser prestado de acordo com as necessidades do paciente e, envolve muitos procedimentos, produz um grande volume de informações, é realizado por um número grande e variado de profissionais que, em face da complexidade dos pacientes, trabalha sob forte estresse, por lidarem diretamente com situações de vida e morte. Ainda neste contexto, a instituição estudada foi inaugurada recentemente, em uma localidade com grande fragilidade social, alta índices de violência e muito carente em relação aos serviços de saúde prestados.

Pretendemos que essa pesquisa contribua para que as organizações hospitalares e os profissionais de saúde tenham mais consciência da importância do assunto “segurança do paciente” e cada vez mais se empenhem para que suas organizações tenham a excelência e a qualidade essenciais para o cuidado do paciente.

3. JUSTIFICATIVA

Entender o quanto a segurança do paciente pode interferir no trabalho da equipe de enfermagem é um desejo que me foi despertado quando iniciei a trabalhar em uma instituição hospitalar. Hoje há uma grande variedade de muitas técnicas, protocolos e a tecnologia como barreiras para assegurar a segurança ao paciente. Porém todo este artefato por vezes pode sobrecarregar a equipe de enfermagem que trabalha diretamente com todo este processo.

Ainda, com todos estes artefatos, todos os processos de trabalho tornam-se mais seguros, pois o processo de trabalho de uma instituição é baseado no trabalho da equipe de enfermagem. Em geral, os trabalhadores das organizações de saúde tem se preocupado cada vez mais com a segurança, assumindo que as condições de trabalho são aquelas existentes na organização e reflexo direto no trabalho realizado.

Assim, por intermédio do mestrado em saúde coletiva, tive a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre o tema e desenvolver a pesquisa no âmbito hospitalar.

Partindo das informações obtidas e das análises realizadas neste estudo, esperamos criar condições para o desenvolvimento de processos cada vez mais seguros valorizando os trabalhadores de enfermagem e melhorando seu processo de trabalho, além disto, promovendo a satisfação do trabalhador no ambiente de trabalho.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para expor sobre o tema e o objeto de estudo, esta revisão de literatura foi centrada nos temas cultura de segurança, instrumentos para avaliação da cultura e clima de segurança e qualidade, processo de certificação e o SUS.

4.1 Cultura de Segurança

Cultura de segurança é definida de acordo com WHO (2012), como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura. Instituições com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por uma comunicação efetiva, baseada na confiança mútua, através da percepção comum da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas.

Por estes motivos, a cultura de segurança do paciente é considerada um fenômeno complexo. Seu conceito vem se delineando nas últimas décadas, bem como o entendimento da sua importância para uma assistência em saúde com maior qualidade e segurança para o paciente. Sua trajetória vem se desenvolvendo de acordo com a própria historicidade do fenômeno segurança do paciente num processo de sinergia e influências. Para aprofundar sobre o tema de cultura de segurança do paciente deve-se ter o conhecimento do contexto maior onde ela se insere como se desenvolveu historicamente o movimento para a segurança do paciente e o que este desencadeou (SCHEIN, 2004).

Esse processo teve como início, a divulgação e publicação no ano de 2000 do livro “To err is human: building a safer health care system” que trouxe dados alarmantes relacionados a erros assistenciais, cujo assunto da problemática na assistência em saúde foi para o topo da agenda política e desencadeou o debate público em todo o mundo (WHO, 2012). Este livro é considerado o marco frente à temática da segurança do paciente, e publicada pelo IOM, uma organização independente e sem fins lucrativos que busca divulgar informações baseadas em

evidências sobre medicina e saúde. Trouxe na época os dados dos estudos sobre prevalência de eventos adversos em pacientes internados, com estimativas de mortalidade e custo, causando um grande impacto no público norte-americano. Com estimativas de mortalidade de 44.000 a 98.000 mil norte-americanos ao ano em decorrência de erros durante a assistência em saúde, também classificou estes erros como a 8ª causa de mortes nos EUA, ultrapassando o número de mortes por acidentes automobilísticos (43.458 mortes em um ano), câncer de mama (42.297 mortes em um ano) e AIDS (16.516 mortes em um ano), com custos estimados chegando a 29 bilhões de dólares ao ano.

A obra acima citado, também trouxe a tona, a dimensão dos erros com os resultados que apresentou além de deixar claro uma mensagem subentendida, ou seja, que a causa desses erros não era decorrente da insensibilidade ou descuido de médicos e enfermeiros, mas sim, de sistemas defeituosos. O livro também aponta que, corrigindo estes sistemas, seria possível reduzir em 90% as lesões evitáveis. A partir de então, surge à mudança de paradigma cultural na área da saúde e o tema cultura de segurança, difundido na indústria nuclear nos anos 80 faz sua aparição nos serviços médico-assistenciais. (NASCIMENTO, 2011).

Diante do exposto, alguns princípios que na atualidade, regem o campo da segurança do paciente, particularmente em relação à cultura de segurança, foram influenciados por organizações de alto risco como a aviação, setor petroquímico e as usinas nucleares. Antes da área da saúde, estas organizações começaram a investigar as características dos erros humanos, criando estratégias de desenvolvimento de infraestrutura, processos e tecnologia possibilitando a potencialização da ação humana e prevenindo erros e acidentes (PEDREIRA, 2009).

Ainda, na área da saúde emergiram instituições auxiliares no desenvolvimento de processo mais seguros, como a JCI, conhecida como líder em segurança do paciente, e que vêm promovendo e oferecendo a prestação de cuidados seguro e de alta qualidade através de seus padrões, base de dados de eventos sentinela, alerta de eventos sentinela, prevenção de erros na transferência de cuidados ao paciente, Metas Nacionais de Segurança dos Pacientes dentre outros (JCI, 2008). Além disto, também passou a acrescentar em seu programa de acreditação a necessidade de programas de gerenciamento de riscos para melhorar a segurança do paciente (ZAMBON, 2009).

A segurança do paciente é um tema em expansão, sendo proporcionado por políticas governamentais e desenvolvimento de novos saberes. Neste sentido, a atenção volta-se para a cultura de segurança, pois esta é definida como principal determinante de uma assistência em saúde segura. Para os estudiosos do tema, entende-se que para se melhorar a segurança do paciente, além de mudanças estruturais é necessária também que ocorram mudanças culturais e comportamentais dentro do ambiente de trabalho das instituições. Portanto, o principal desafio para a segurança do paciente não é apenas clínico ou assistencial, mas também cultural e organizacional (NIEVA; SORRA, 2003).

Na literatura há alguns artigos que referem que a segurança do paciente está intimamente relacionada à cultura de segurança, um dos subitens da cultura organizacional.

Em 1991 Schein definiu que a cultura organizacional é o conjunto de definições básicas que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu, ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionou bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas. Cultura inclui normas, valores e rituais que caracterizam um grupo ou organização. Ela serve como meio de padronizar, de controle social, traduzido por meio das expectativas sobre atitudes e comportamentos apropriados de um grupo (SCHEIN, 1991).

Por isto, a cultura de uma instituição pode ser considerada um dos pontos-chave para a compreensão das ações humanas, funcionando como um padrão coletivo que identifica os grupos, suas maneiras de perceber, pensar, sentir e agir. A Cultura vai muito mais além do que um conjunto de regras, de hábitos e de artefatos, cultura significa construção de significados compartilhados por um grupo de pessoas que pertencem a um mesmo conjunto social. A cultura expressa os valores e as crenças que os membros desse grupo compartilham (PIRES; MACÊDO, 2006).

Para Pires e Macedo (2006), as instituições estão inseridas dentro de um ambiente e interagem com ele, recebendo influências e influenciando-o. Os trabalhadores que atuam nas instituições são agentes que contribuem para essa troca constante e seus valores constituem componentes para a formação da cultura da instituição.

As instituições que se preocupam em promover uma cultura de segurança, no ambiente de trabalho, compartilham o compromisso com a segurança nos seus vários níveis, incluindo suas políticas, lideranças e profissionais da linha de frente. Cada trabalhador envolvido no processo de assistência em saúde é incentivado a identificar possíveis problemas de segurança e soluções, a se engajar em comportamentos seguros, a relatar erros e quase erros, sem medo de ser exposto, culpado e punido (CARVALHO, 2011).

O desenvolvimento da cultura de segurança nas instituições depende da colaboração e compreensão dos diversos membros de uma instituição. Sendo assim, o planejamento de estratégias com este foco está diretamente relacionado com as políticas institucionais, processos fundamentais para a identificação dos fatores que impedem a implementação da cultura de segurança (CARVALHO, 2011).

De acordo com vários autores, os líderes influenciam diretamente na cultura de segurança, ao implantarem grupos de trabalho e iniciativas relacionadas à segurança, dando tempo para que aos profissionais para possam se enquadrar em atividades fundamentais, como a reestruturação e renovação dos sistemas. Líderes também são fundamentais para a cultura de segurança quando fala sobre ela, quando se mostra o quanto eles a valorizam e quanto estão dispostos a conversar sobre os erros e assuntos relacionados à segurança de forma educativa e construtiva. A cultura de segurança também é fortemente influenciada por supervisores, gestores de equipe, como a enfermeira responsável pela unidade, por exemplo, tanto em termos de gestão eficiente, como a demonstração de atitudes e valores que são estimulados no trabalho em equipe, demonstrando que a importância da gestão para a cultura de segurança se dá em todos os níveis hierárquicos (VINCENT, 2009).

Além disso, destaca-se que para o desenvolvimento de uma cultura de segurança efetiva, esta deve estar embasada em numa abordagem “justa e franca” em relação aos processos de erros e falhas. Isto ocasiona uma enorme mudança em relação à prática punitiva e persecutória que por vezes ainda prevalece. Esta dinâmica exige uma contrapartida mais compreensiva e cuidadosa quando o erro ou a falha ocorre na área médico-assistencial, a fim de se constituir uma melhor forma para desenvolver o processo de cultura de segurança na saúde (VINCENT, 2009).

A cultura de segurança é parte fundamental para que ações de promoção à segurança do paciente sejam efetivas, proporcionando a qualidade da assistência em saúde, deve incentivar o fortalecimento e comprometimento de toda a instituição. Por isto, é essencial que a comunicação entre gestores, líderes e trabalhadores seja estabelecida através de um bom vínculo, afim de que dificuldades e desafios sejam conhecidos e discutidos e, deste modo, que este movimento contribua para aumentar a confiança entre os trabalhadores das atividades assistenciais. Por fim, se faz necessário conhecer a cultura de segurança do paciente, por meio dos trabalhadores da saúde, já que nem sempre a visão dos trabalhadores e a mesma da gestão e isto pode ser realizado através de alguns instrumentos desenvolvidos para sua mensuração (CARVALHO, 2011).

4.2 Instrumentos para avaliação da cultura e clima de segurança

Atualmente é conhecida uma gama de técnicas para avaliação da cultura ou do clima de segurança. Na maioria dos estudos são utilizados questionários como recurso à compreensão da cultura de segurança estabelecida em uma instituição, bem como em unidades/serviços específicos que compõem a complexa instituição de saúde.

A avaliação da cultura de segurança é um processo fundamental para que sejam identificadas nas instituições, as áreas com maior ou menor necessidade de melhoria do quesito segurança do paciente. Ainda por outro objetivo, a avaliação da cultura de segurança, é relevante, para que sejam apontadas as lacunas existentes entre a cultura vigente e a aplicação desta no cuidado prestado. Para mensurar a cultura de segurança, as abordagens podem ser qualitativas ou quantitativas, sendo que a maioria dos estudos disponíveis utilizam questionários com análise quantitativa (NIEVA E SORRA, 2003).

Segundo os autores acima, os instrumentos de avaliação da cultura de segurança são de grande utilidade para diagnosticar a cultura de segurança de uma instituição, sinalizar oportunidades de melhoria, conscientizar em relação à segurança e assim melhorar a segurança do paciente e o processo de trabalho em uma instituição. São importantes fontes para avaliar as condições organizacionais que possam ocasionar eventos adversos e dano aos pacientes, assim como o desenvolvimento de intervenções de melhoria da segurança das instituições de

saúde. Fornecem uma medida estabelecida pela visão do trabalhador em relação ao processo de trabalho, assim como o papel desenvolvido pelos líderes e gestores da instituição, tornando suas opiniões visíveis perante a instituição.

Estes instrumentos são questionários aplicados em uma instituição como um todo ou em parte dela. Estes exploram o clima de segurança, ou seja, os aspectos psicológicos da cultura de segurança, incluindo as crenças, atitudes, valores e percepções dos indivíduos e grupos em todos os níveis da Instituição (COOPER, 2000). O clima de segurança representa a manifestação da cultura de uma organização, ou seja, por meio do clima a cultura de segurança se manifesta.

A utilização de questionários auto-administrados tem sido amplamente utilizada para a avaliação quantitativa da segurança do paciente. Alguns instrumentos contêm uma escala com cinco categorias de resposta, por exemplo, que vão desde “nunca” até “sempre”. O processamento dos dados é então baseado na construção de indicadores a partir da agregação e estratificação das respostas dependendo das características do grupo estudado. Outros instrumentos utilizam o cálculo dos escores por dimensão, por exemplo, “trabalho em equipe”, “aprendizagem organizacional”, “feedback e comunicação”, dentre outras (NASCIMENTO, 2011).

A grande maioria dos instrumentos disponíveis difere-se em relação ao número de dimensões/domínios da cultura de segurança exploradas, bem como em relação aos locais para os quais são destinados, que pode ser um local geral ou específico (um setor, toda instituição). Permitem, principalmente, a abordagem da cultura de segurança entre os profissionais que atuam na linha de frente do cuidado prestado, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, dentre outros.

Os dois principais instrumentos para avaliar a cultura de segurança são o SAQ e o HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety). O HSOPSC foi criado pela AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality), uma organização americana considerada o braço da pesquisa em serviços de saúde do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. A AHRQ abriga centros de pesquisa que se especializam em grandes áreas de saúde, tais como melhoria da qualidade e segurança do paciente, resultados e eficácia da assistência, prática clínica e avaliação de tecnologias e organização de cuidados de saúde e sistemas de

distribuição. Também financia a assistência técnica para a pesquisa em serviços de saúde nas principais universidades dos EUA e outras instituições (AHRQ, 2011).

O instrumento HSOPSC realiza a avaliação da cultura de segurança através de 42 itens e 12 dimensões da cultura de segurança. Pode ser usado em hospitais como um todo ou em unidades específicas dentro dos hospitais, bem como para acompanhar as mudanças da segurança do paciente ao longo do tempo e avaliar o impacto de intervenções das instituições (SORRA; NIEVA, 2004). Esse instrumento, proposto pela Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) foi traduzido e validado para o português (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012), configurando-se como mais um instrumento que visa auxiliar as instituições de saúde para a realização de diagnósticos situacionais e em pesquisas relacionadas à segurança do paciente.

Outro instrumento muito utilizado é o SAQ, versão traduzida e validada por Carvalho (2011) recebeu incentivo do Programa Small Research Grants da OMS, e foi o escolhido para esta pesquisa, pois apresenta boas propriedades psicométricas e mostra-se válido e confiável para avaliar a cultura de segurança, o qual será abordado na metodologia do estudo.

Estudos apontam que o score do SAQ varia entre serviços e profissionais; e sua avaliação permite compreender a cultura de segurança vigente em uma instituição de saúde como um todo ou parte dela. Também, a partir dos resultados, é possível planejar e avaliar intervenções que contribuam para a construção da cultura de segurança na instituição.

4.3 Qualidade, Processos de Certificação e o SUS

Há algum tempo, instituições interessadas em atingir excelência e qualidade de prestação de serviços bem como serem reconhecidas por isto, tem ingressado em processos de acreditação, caracterizados pela avaliação dos recursos institucionais de maneira voluntária, periódica, reservada e sigilosa, tendendo a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Assim, segue uma abordagem sobre qualidade e os processos de certificação.

Avedis Donabedian foi o precursor no conceito de qualidade em saúde, em 1980 desenvolveu uma tríade fundamental para a avaliação da qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processos e resultados. O conceito de estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros imprescindíveis para a assistência médico-hospitalar. Processos são as atividades de assistência médica com padrões pré-estabelecidos, entre profissionais e paciente (DONABEDIAN, 1993).

Donabedian também desenvolveu o que chamou de “7 pilares da qualidade”: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, legitimidade, aceitabilidade e equidade, uma ampliação do conceito de qualidade (DONABEDIAN, 1990).

Em 1951 foi criada, nos Estados Unidos, a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH). A JCAH era uma empresa de natureza privada, sem fins lucrativos, cujo objetivo primário era fornecer a acreditação aos que voluntariamente se submetiam à avaliação e eram aprovados neste processo.

A Joint Commission International (JCI ou JCAHO) é líder mundial em certificação de organizações da saúde. Com sede nos EUA, esta organização não governamental atua há mais de 50 anos com o objetivo de criar uma cultura de segurança e qualidade no cuidado ao paciente. Hoje, são cerca de 681 instituições acreditadas em mais de 40 países. A informação e a experiência obtidas na avaliação das organizações são utilizadas para atualizar os princípios da acreditação periodicamente, o que garante seu alinhamento com as mais elevadas técnicas e procedimentos de itens como protocolos de tratamento e procedimentos, infraestrutura hospitalar, controle de infecções e manutenção de equipamentos. No Brasil, 29 hospitais possuem o selo da acreditação fornecido pela JCI, sendo 4 hospitais públicos.

Segundo a Joint Commission International, acreditação é um processo voluntário por intermédio do qual instituições públicas ou como são reconhecidas como organizações de saúde que seguem padrões e buscam a melhoria contínua dos processos, estruturas e resultados (JCI, 2004).

A acreditação tem objetivos de grande importância para o sistema de saúde, para a sociedade e para os provedores de serviços. Entre eles: avaliação da qualidade e segurança na atenção à saúde, avaliação do compromisso da organização de saúde com a melhoria contínua, obtenção da participação dos

profissionais no processo, atingimento de um objetivo e obtenção do reconhecimento externo (RUELAS, 2005).

A Acreditação consiste num sistema de avaliação externa, solicitado voluntariamente pelo Hospital, e tem por objetivo verificar o cumprimento de um conjunto de padrões médico-assistenciais e de processos administrativos, visando à qualidade e segurança da assistência prestada, com base no princípio de que hospitais devem ser locais seguros para a prática profissional e para o cuidado dos pacientes.

Sendo assim, a JCI, tem divulgado em todo mundo seis metas internacionais para a segurança do paciente. Estas metas incluem: 1) Identificar corretamente os pacientes; 2) Melhorar a comunicação efetiva; 3) Melhorar a segurança dos alertas de risco de medicamentos; 4) Assegurar o local correto, o paciente correto e o procedimento cirúrgico correto, 5) Reduzir o risco de infecções de saúde associadas; 6) Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de queda; (JCI, 2014).

A certificação da JCI é válida por três anos e é concedida a pedido dos próprios hospitais, que levam cerca de dois anos para se adequar a todas as exigências de atendimento, gestão, infraestrutura e qualificação profissional da entidade norte-americana.

No Brasil, seis hospitais são reconhecidos pelo Ministério da Saúde, como hospitais de excelência, e todos estes são certificados pela JCI.

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos – incidentes que resultam em danos ao paciente, como quedas, administração incorreta de medicamentos e erros em procedimentos cirúrgicos nos serviços públicos e privados. Entre as principais ações do programa está a implantação de uma gestão de risco e os núcleos de segurança do paciente nos estabelecimentos, além de envolver pacientes e familiares nas ações e fomentar a inclusão do tema no ensino técnico, graduação e pós-graduação de saúde (MS, 2014).

Este programa foi oficializado através da Portaria do MS nº 529, de 1º de abril, com o objetivo de criar no país um programa de contribuição para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde (MS, 2014).

Constitui a base do PNSP, as seis metas de Segurança do Paciente:

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

O Ministério da Saúde lança mão de estratégias, ações e medidas que visam garantir a prestação do cuidado seguro, cuidado este que deve estar focado nas seis metas de segurança do paciente.

Outra parceria realizada pelo Ministério da Saúde, com os seis Hospitais Certificados de Excelência, via Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), realiza ações, por meio de projetos, para implantação do PNSP, disseminação da cultura de segurança, melhoria contínua de processos e implementação de boas práticas. Esses projetos objetivam qualificar a gestão e governança, o desenvolvimento e qualificação dos profissionais atuantes e realização de pesquisas de interesse público em saúde (BRASIL, 2009).

*“**PROADI-SUS** – O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), possibilita que as entidades de saúde de referência participem do desenvolvimento do SUS, transferindo tecnologias de gestão e de atenção úteis para serem adaptadas pela rede pública, além de desenvolverem pesquisas de interesse do sistema.” (BRASIL, 2009).*

Essas parcerias realizam projetos que fornecem apoio à implantação dos Núcleos de Segurança aos Pacientes (NSP); à construção dos planos de segurança; à capacitação/qualificação de profissionais; além de estímulo à promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional; ao engajamento dos profissionais na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros; e à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente, além de estímulo a notificação dos Eventos Adversos e sua análise.

Em 2016 foi lançado o Projeto “Implantação do Programa de Segurança do Paciente e Desenvolvimento de Ferramentas de Gestão, Educação e Práticas

Compartilhadas”- desenvolvido em parceria Ministério da Saúde e Hospital Moinhos de Vento, via Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) – para o qual foram selecionados 15 hospitais nas 5 regiões do Brasil.

Durante todo o ano de implantação do programa, em 2017, foram desenvolvidas ações como produções de materiais educativos, formação de profissionais com competências para executar Ciclos de Melhoria Contínua nos hospitais, integração das instituições participantes para promover a troca de experiências e aprendizado, além da educação de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa de segurança do paciente inclui o desenvolvimento de ferramentas de gestão, educação e práticas compartilhadas.¹

Uma das primeiras medidas do Programa Nacional de Segurança do Paciente é a obrigatoriedade de todos os hospitais criarem os Núcleos de Segurança do Paciente. Esses núcleos deverão promover ações para a implantação da gestão de risco no serviço de saúde, com vistas à segurança do paciente, e a integração e articulação multiprofissional nos processos de gerenciamento e gestão de riscos.

Em 2017, o Ministério da Saúde e os Hospitais de Excelência lançaram o Projeto “Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil”. O plano que será construído por meio do PROADI-SUS em parceria com o *Institute for Healthcare Improvement* tem como objetivo orientar os profissionais de saúde de 120 hospitais públicos quanto as melhores práticas para o cuidado da segurança do paciente nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS).

O novo projeto objetiva evitar cerca de 8.500 acidentes adversos seguidos de morte por ano nas UTIs dos hospitais participantes. A medida prevê também uma redução de R\$ 1,2 bilhão de gastos com tempo de permanência do paciente nos leitos e com a utilização de insumos.

¹ Fonte: Hospital Moinhos de Vento

5. OBJETIVOS

5.1 Geral

- Avaliar a cultura de segurança em um hospital do RS a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (Safety Attitudes Questionnaire).

5.2 Específico

- ✓ Comparar a cultura de segurança por domínios entre as unidades do hospital e população do estudo.

6. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com o fim de identificar a cultura da segurança do paciente a partir das perspectivas dos profissionais da equipe de enfermagem. A estrutura do estudo transversal é importante fonte de informações para a elaboração do diagnóstico em saúde e posterior análise e intervenção a fim de garantir a melhoria da qualidade de atenção. ROUQUAYROL, assim define a pesquisa transversal: é o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado.

6.1 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital do RS cujos atendimentos são todos contratados pelo SUS. Este hospital foi inaugurado em julho de 2014 a partir de uma parceria do Ministério da Saúde, via PROADI-SUS.

O objetivo do hospital em estudo é compor o Sistema Regional de Saúde, que conta com Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Estratégia Saúde da Família, cuja administração de dá através do serviço público e em conjunto com Complexo Hospitalar que foi construído com os recursos do PROADI-SUS. Sua operação é custeada mensalmente por uma parceria entre Governo Federal, Estadual e Municipal, com administração realizada pela gestão privada.

O Hospital é considerado um complexo hospitalar que conta com cinco grandes unidades: Unidade de Pronto Atendimento, Centro de Especialidades, Unidade de Diagnóstico, Hospital e Escola de Gestão em Saúde.

O hospital tem capacidade total de 169 leitos, porém ainda não está em pleno funcionamento. Conta atualmente com leitos de internação adulta e pediátrica e leitos da Unidade de Pronto Atendimento totalizando 65 leitos, de acordo com registro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde).

6.2 Participantes da pesquisa e Aspectos Éticos

A população alvo, entendida como a população estudada, foi identificada por meio das listas de funcionários fornecida pela gerência da Instituição.

O hospital conta com total de 112 trabalhadores de enfermagem nas Unidades de internação Adulta e pediátrica e Unidade de Pronto Atendimento. Destes 28 são enfermeiros (16 do pronto atendimento e 12 das unidades de internação, 4 da pediatria e 8 adulta) e 84 são técnicos de enfermagem (32 das unidades de internação e 52 do pronto atendimento).

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Unidade do Programa de Pós Graduação e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição estudada. Todos os sujeitos da pesquisa tiveram seu consentimento formalizado através do preenchimento do TCLE (Anexo 1). Foi garantido o sigilo e anonimato por meio da não identificação do participante no SAQ. Os instrumentos devolvidos estão mantidos em arquivo de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, vigente até a data de aprovação do projeto, que garante as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O Projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição estudada através do parecer favorável nº 2.026.557.

6.3 Critérios de Inclusão

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão para a composição da população do estudo:

- a) ser enfermeiro ou técnico de enfermagem,
- b) atuante na Instituição por no mínimo 3 meses, e
- c) aceitar responder ao SAQ, versão validada e adaptada para a realidade brasileira (CARVALHO, 2011),

d) formalizar o aceite para participação no estudo por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídos aqueles que:

a) se encontravam afastados de suas atividades laborais, por motivo de saúde ou afastamento intencional, e assim permanecerão durante todo o período de coleta de dados,

b) os que expressaram recusa em participar da pesquisa, e

c) questionários incompletos ou que não conseguirão ser considerados válidos pela avaliação do pesquisador.

6.5 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio da aplicação do SAQ em cada unidade, de acordo com o preconizado por Sexton e colaboradores (2006). A abordagem, com convite à participação, explicação sobre a pesquisa, distribuição e resgate dos questionários e do TCLE aos participantes ocorreu no período de outubro a dezembro de 2017.

6.6 Instrumento da Pesquisa

Com relação ao Safety Attitudes Questionnaire – Short Form(SAQ) 2006, ou Questionário de Atitudes de Segurança, este é um instrumento que visa avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde e foi idealizado na Universidade do Texas, a partir de dois outros instrumentos, denominados IntensiveCare Unit Managent Attitudes Questionnaire e Flight Managent Attitudes Questionnaire.

O instrumento é dividido em duas partes, a primeira é composta de seis domínios: 1. Clima de Trabalho em Equipe: considera a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe (itens 1 a 6); 2. Clima de Segurança: percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente (itens 7 a 13); 3. Satisfação no Trabalho: visão positiva do local de trabalho (itens 15 a 19); 4. Percepção do Estresse: identifica quanto os fatores estressores, podem influenciar na execução do trabalho (itens 20 a 23); 5. Percepção da Gerência: aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua, quanto do hospital como um todo (itens 24 a 29) e 6. Condições de Trabalho: percepção da qualidade do ambiente de trabalho (itens 30 a 33). Os itens 14, 34 a 36 não fazem parte de nenhum domínio no instrumento original. (CARVALHO, 2011)

A segunda parte do instrumento (SEXTON et al., 2006) é composta por colunas para o preenchimento de dados do participante relativos ao sexo, categoria profissional, tempo e unidade de atuação, entre outros, foi inserido nesta parte o turno de trabalho e o setor.

Para o processo de avaliação transcultural para a língua portuguesa Carvalho (2011) optou pela escolha do SAQ por apresentar boas propriedades psicométricas, representado pelo alfa de Cronbach, o qual consiste em uma estimativa de confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. No que tange ao cálculo do escore do instrumento, a escala final varia de 0 a 100 pontos, sendo o menor valor a pior percepção e o maior valor, a melhor percepção. A pontuação segue de acordo com os itens propostos na escala de Likert em que discordo totalmente equivale a 0 ponto; discordo parcialmente a 25 pontos, neutro a 50 pontos, concorda parcialmente equivalente a 75 pontos e concorda totalmente refere-se a 100 pontos. Ao final, são considerados valores positivos para cultura de segurança a soma igual ou superior a 75 pontos. São considerados questionários válidos aqueles que apresentam taxa de resposta superior ou igual a 70%. Deste modo, após o recebimento dos instrumentos preenchidos, foram mantidos na pesquisa somente os considerados válidos. Para o uso deste instrumento e seguimento à pesquisa, antes da aplicação do SAQ, foi realizada uma reunião formal com a gerente e lideranças da enfermagem a fim de realizar a explanação do

objetivo do estudo, finalidade do SAQ, procedimentos para a abordagem da população alvo e para o preenchimento do questionário.

Os participantes foram convidados a responder a pesquisa individualmente, em seu local de trabalho e em momentos de sua disponibilidade; na ocasião foi explanado sobre os objetivos da pesquisa e sobre tempo estimado de 10 minutos para a resposta do questionário auto aplicável. Nos casos de aceite, foi entregue um envelope lacrado contendo o SAQ, TCLE e caneta; a devolução do SAQ e TCLE foi por devolução a chefia imediata; ou devolução diretamente ao pesquisador, conforme acordado entre o participante e o pesquisador, garantindo o anonimato.

6.7 Análise dos Resultados

Para cada instrumento devolvido foi realizada a somatória dos escores atribuídos à cada questão, em cada domínio. O resultado foi dividido pelo número de questões, resultando em um número absoluto; quando igual ou superior a 75 pontos, a cultura de segurança será considerada positivo. Para fins de análise comparativa, os dados foram inseridos em uma tabela no Programa Excel® e posteriormente exportados para análise estatística no programa Social Package Statistical Science (SPSS) versão 21.0.

7. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que os domínios satisfação no trabalho, clima de trabalho em equipe e condições de trabalho apresentam valores positivos para cultura de segurança.

Já clima de segurança, percepção da gerência e percepção do estresse sinalizam situações consideradas abaixo do esperado para segurança do paciente. Houve diferença estatisticamente significativa entre o clima de segurança e o tempo de profissão na instituição, com o sexo, sendo sexo feminino e satisfação no trabalho, percepção da gerência e escore total, ainda, dos técnicos de enfermagem com condições de trabalho. Sugerem-se intervenções que promovam e desenvolvam ações que possam garantir a segurança do paciente para estes escores por parte da administração da instituição em conjunto com os trabalhadores.

O escore de percepção de estresse serve de sinal de alerta para a instituição. Considerando a promoção de saúde no trabalho, deve-se levar em conta o modelo de gestão, por formas mais flexíveis, das quais consigam incluir o trabalhador nos processos decisórios e na construção de práticas de cuidado, fortalecendo a união, humanização e o trabalho em equipe e conseqüentemente, trabalhadores saudáveis, satisfeitos com o trabalho.

Os resultados deste estudo podem auxiliar para pesquisas futuras, ou como forma de intervenção para avaliar a cultura de segurança da instituição, como comparativo para outros estudos, além de auxiliar no movimento de desenvolvimento e fortalecimento em prol da segurança do paciente.

8. REFERÊNCIAS

1. AHRQ (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY). At A Glance. Rockville, MD: Agency for Health care Research and Quality, 2011a. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/about/ataglance.htm>>. Acesso em: 25 abril 2016.
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Programa de qualificação da Saúde Suplementar: -- Rio de Janeiro : ANS, 2005.
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Missão. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/aans/missao.asp>>. Acesso em: 28 Abr 2016.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. Resolução – RE n. 921, de 29 de Maio de 2002. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public>>. Acesso em: 31 Maio 2016.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. 2005. Disponível em: <<http://anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm>>. Acesso em: 14 março 2016.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. Avaliação em serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/avalia/antecedentes.htm>>. Acesso em: 28 abril 2016.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Informe técnico institucional. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo v. 38, n. 2. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 22 Fev 2016.
9. Anvisa (Brasil). Boletins Informativo - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. 2013. Disponíveis em: <http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>. Acessado em: 28 junho 2016
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em 10 jul. 2016.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº. 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1 de abr. de 2013.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

13. BRASIL. Lei nº 12101, de 27 de NOVEMBRO de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social. Brasília, DF, Nov 2009. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12101.htm>. Acesso em 05 mar. 2018.
14. BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B., ROESSNER, J. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. São Paulo: Makron Books, 1994.
15. BERWICK, D. M.; LEAPE, L. L. Five year safter “To err is human”, what have we learned? The Journal of the American Medical Association. V. 293, n. 19, p. 2384-2390. May, 2005.
16. BOLETIM INFORMATIVO PROQUALIS. Publicação gerencial do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente - PROQUALIS . Rio de Janeiro, v. 1, n.4, out./ nov., 2010.
17. CARVALHO, R.E.F.L. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2011. 143 p.
18. CARVALHO, R.E.F.L. CASSIANI, S.H.B. Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v.20, n.3, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf. Acesso em 20/05/2016
19. CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S.H. D. B. Erros na medicação e conseqüências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.10, n.4, p. 523-529, Jul./Ago. 2002.
20. CASSIANI, S. H. D. B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 1, p. 95-99, Jan./Fev. 2005.
21. CASSIANI, S.H.B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. [Editorial]. Acta Pauista de. Enfermagem, v. 23, n. 6, p. vii-viii, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/01.pdf>>. Acesso em: 07 março 2016.
22. CAUDURO, F.L.F. Avaliação de Cultura de Segurança em Unidades Cirúrgicas. [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Escola de Enfermagem; 2013. 101p.
23. COLLA, J.B et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Quality&Safety in Health Care, v. 14, n. 5, p. 364-366, Oct. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/pdf/v014p00364.pdf>>. Acesso em: 07 junho 2016
24. CLINCO, S.D.O. O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. 2007. 98p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2007. Disponível em:

- <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4900/106674.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 maio 2016
25. COOPER, M.D. Towards a Model of Safety Culture. *Safety Science*, v.36, p.111-136, 2000. Disponível em: <http://www.behavioralsafety.com/articles/Towards_a_model_of_safety_culture.pdf>. Acesso em: 09 maio 2016.
 26. COZENS, J. F. Evaluating the culture of safety. *Quality and Safety Health Care*, n. 12, p.401, 2003.
 27. COZENS, J. F. Organisational trust: the key stone to patient safety. *Quality and Safety Health care*, v. 13, p. 56-61, 2004.
 28. FLIN, R. Measuring safety culture in health care: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*, v. 45, n. 6, p.653-667, 2007. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271730&_user=687353&_pii=S0925753507000203&_check=y&_origin=&_coverDate=31Jul2007&view=c&wchp=dGLbVIVzSkzS&md5=e958c41c5d4ab39caf2af13d19d3d5c8/1-s2.0-S0925753507000203-main.pdf>. Acesso em: 29 maio 2016.
 29. FLIN, R. et al. Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools. World Health Organization, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf>. Acesso em: 29 março 2016.
 30. FLIN, R. et al. Measuring safety climate in health care. *Quality & Safety in Health Care*, v. 15, n. 2, p. 109-115, Apr. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464831/pdf/109.pdf>>. Acesso em 10 de jun de 2016.
 31. DONABEDIAN, A. *Seminaron Quality Assessment and Assurance*, São Paulo, PROAHSA, 1993.
 32. DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archive of Pathology Lab Med*, v.114, p.1115-1118. 1990.
 33. FLEURY, M. T. L.; FISHER, R. M. *Cultura e Poder nas Organizações*. São Paulo: Atlas, 1996. FREITAS, M. E. *Cultura organizacional: formação, tipologias e impactos*. São Paulo: Makron, McGraw-Hill, 1991.
 34. INSTITUTE OF MEDICINE. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Volume I. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/1547.html>>. Acesso em 25 junho. 2006.
 35. INSTITUTE OF MEDICINE. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.
 36. Joint Commission International. *Joint Commission Patient Safety Initiatives*. Trabalho apresentado na IsQua 21st. International Conference, Amsterdam, Netherlands, 2004.

37. Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations. About us. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint_commission_history.htm>. Acesso em: 20 Junho 2016.
38. World Health Organization (WHO). Nine patient safety solutions, 2007. Disponível em: <<http://www.paho.org/English/DD?PIN/pr070502.htm>>. Acesso em : 30 Maio 2016.
39. World Health Organization (WHO). The World alliance for patient safety. 2004. Disponível em: <<http://who.int/patientsafety/worldalliance/en/>>. Acesso em: 30 Maio 2016.
40. World Health Organization (WHO). Introdução à investigação sobre segurança do paciente/doente. 2012. Disponível em : http://www.who.int/patientsafety/research/online_course_portuguese/en//>. Acesso em: 30 Maio 2016.
41. NASCIMENTO, A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de La littérature. Rev. ciênc. saúde coletiva. v.16, n.8, p. 3591-3602. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000900027&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 20/04/2016
42. NIEVA, V.F.; SORRA, J.S. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Quality & Safety in Health Care, v. 12, Suppl 2, p. ii17-23, Dez. 2003. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/pdf/v012p0ii17.pdf>>. Acesso em: 07junho 2016.
43. ONA (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO). Acreditação: um processo que visa segurança do paciente e redução de erros médicos. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Noticia/118/Acreditacao-um-processo-que-visa-seguranca-do-paciente-e-reducao-de-erros-medicos>>. Acesso em: 19/04/2016
44. OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Spotlight: estatísticas da força de trabalho em saúde. Departamento de Recursos Humanos para Saúde da OMS. 2008. Disponível em: http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_2_PO.pdf. Acesso em 30/04/2016
45. KOHN, Linda T. et al. (Ed.). To err is human: building a safer health system. National Academies Press, 2000.
46. REIS, Claudia Tartaglia; LAGUARDIA, Josué; MARTINS, Mônica. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, nov. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>.
47. ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

48. RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.5, pp.728-735. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>. UserComparativeDatabase Report. Rockville, MD: Agency for Health care Research and Quality, 2011. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey11/>>. Acesso em: 25 maio 2016.
49. SCHEIN, E. *Organizational culture and leadership*. 3rd Edition. San Francisco: Jossey-Bass, 2004. 429p.
50. SEXTON, J.B, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, na merging research. *BMC Health Serv Res*, v.6, 2006.
51. SORRA, J.S. et al. *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011*
52. TJC (THE JOINT COMMISSION); JCI (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL). WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/entity/patientsafety/solutions/patientsafety/2008_field_review/en/index.html>. Acesso em: 27 junho 2016.
53. VINCENT, C. *Segurança do Paciente. Orientações para evitar eventos adversos*. Ed. Yendis. São Caetano do Sul, 2009.v.1.p 3-5.
54. ZAMBON, L.S. *Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS: Sistema de Resiliência*. MedicinaNet, 2010. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/2976/classificacao_internacional_para_a_seguranca_do_paciente_da_oms_%E2%80%93_conceitos_fundamentais.htm>. Acesso em: 12 junho 2016.



ANEXO A

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO ACADEMICO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLA

PESQUISA: Cultura de Segurança do Paciente entre os trabalhadores de Enfermagem de um Hospital do RS.
COORDENAÇÃO: Prof. Dr. Paulo Antônio Barros de Oliveira

1. NATUREZA DA PESQUISA: A finalidade é investigar a percepção de cultura de segurança do paciente entre os trabalhadores de enfermagem da unidade de internação adulta de um hospital do RS, Brasil.
2. PARTICIPANTES DA PESQUISA: Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital do RS, que se disponibilizarem a responder o instrumento de pesquisa, o Questionário Atitude de Segurança (Saq),
3. ENVOLVIMENTO NA PESQUISA: Ao participar deste estudo você deverá responder o questionário da pesquisa, junto ao seu local de trabalho, onde for conveniente e você se sinta confortável. O questionário leva em torno de 10 minutos para ser respondido, Você pode se recusar a participar e desistir em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser mais informações sobre este estudo pode entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Hospitalar Moinhos de Vento – Rua Tiradentes, 198 - Subsolo, fone: 3314 3690.
5. RISCOS E DESCONFORTO: Os procedimentos utilizados obedecem a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os riscos em participar na pesquisa são mínimos, sendo algum tipo de desconforto ou constrangimento ao preencher o instrumento, não previsto.
6. CONFIDENCIALIDADE: As informações coletadas nesta investigação são confidenciais. Interessam os dados coletivos e não aspectos particulares de cada participante. Nos questionários não fica nenhuma identificação que possa comprometer o participante. Os dados de coleta ficarão armazenados em local apropriado na sala do grupo de pesquisa pelo período de 10 anos.
7. BENEFÍCIOS: Você estará contribuindo para que os resultados deste estudo sejam usados na construção de conhecimento acerca da percepção de segurança do paciente dos trabalhadores de enfermagem.
8. PAGAMENTO: Esta é uma participação voluntária, sendo assim, você não receberá nenhum pagamento por sua participação e não terá nenhum tipo de despesa por participar deste estudo.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para que participe desta pesquisa. Para tanto, preencha os itens que se seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima, eu, de forma livre e esclarecida, aceito participar desta pesquisa.

Participante da Pesquisa: _____

Porto Alegre, Data: _____

Deysi Heck Fernandes – Pesquisadora

Paulo Antônio Barros de Oliveira
PPGCOL/UFRGS/CEDOP – Orientador