

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Karine Antunes Marques Notaro

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE
NEONATOLOGIA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Belo Horizonte

2017

Karine Antunes Marques Notaro

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE
NEONATOLOGIA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

**Dissertação apresentada ao curso de Mestrado do
Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
como requisito parcial para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.**

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dra. Bruna Figueiredo Manzo.

Belo Horizonte

2017

N899a Notaro, Karine Antunes Marques.
Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidades de neonatologia na perspectiva da equipe multiprofissional [manuscrito]. / Karine Antunes Marques Notaro. - - Belo Horizonte: 2017.
107f.: il.
Orientador: Bruna Figueiredo Manzo.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Equipe de Assistência ao Paciente. 2. Segurança do Paciente. 3. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 4. Recém-Nascido. 5. Neonatologia. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Manzo, Bruna Figueiredo. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 185

ATA DE NÚMERO 549 (QUINHENTOS E QUARENTA E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA KARINE ANTUNES MARQUES NOTARO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 14 (quatorze) dias do mês de novembro de dois mil e dezessete, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE NEONATOLOGIA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL*", da aluna **Karine Antunes Marques Notaro**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Bruna Figueiredo Manzo (orientadora), Elysângela Dittz Duarte e Patrícia Kuerten Rocha, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

☒ APROVADA;

() APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

() REPROVADA.

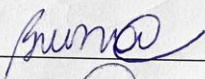
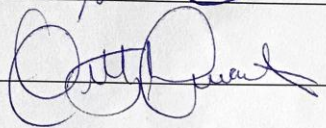
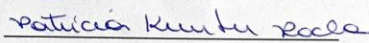
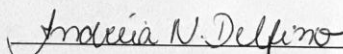
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 14 de novembro de 2017.

Prof.^ª. Dr.^ª. Bruna Figueiredo Manzo
Orientadora (EEUFMG)

Prof.^ª. Dr.^ª. Elysângela Dittz Duarte
(EEUFMG)

Prof.^ª. Dr.^ª. Patrícia Kuerten Rocha
(UFSC)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 04 / 12 / 2017


Profa. Dra. Adriana Oliveira
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem / UFMG

Dedico esta dissertação aos dois Augustos da minha vida. Ao meu esposo, por ser meu exemplo de dedicação e me incentivar a crescer sempre, e ao meu filho, por ser minha fortaleza e pelo aprendizado como mãe e pessoa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser a luz e a proteção em minha vida.

Aos amigos espirituais, pelo amparo em todos os momentos.

À minha orientadora, Professora Doutora Bruna Figueiredo Manzo, exemplo de ser humano e de profissional, que de forma doce compartilhou comigo seus conhecimentos, acreditou em mim e me deu forças para seguir, minha profunda gratidão e carinho. Deus a colocou em minha vida!

À minha amada mãe, pelo amor incondicional, paciência e apoio em todos os momentos. Exemplo de mãe, que procuro ser para meu filho.

À minha irmã, grande amiga, pelo cuidado e proteção. Sempre foi minha inspiração!

À minha avó Eudália, anjo sempre presente. Saudades...

À Sophia e ao Derick por alegrarem meus dias.

À minha sogra Hilda e a todos os familiares pelo carinho e torcida.

A todos os profissionais das unidades onde foram realizados os estudos, pela oportunidade de aprendizado e construção de conhecimento.

A Dr.^a Elysângela Dittz Duarte e Dr.^a Patrícia Kuerten Rocha, por aceitarem participar da minha banca de mestrado e contribuírem para o meu crescimento.

Às alunas da iniciação científica e colegas da Escola de Enfermagem, pela ajuda e comprometimento, em especial à Anna Cavanellas, Clarissa de Paula e Danielle Resende.

À FAPEMIG pelo apoio e à FHEMIG, em especial à Maternidade Odete Valadares, por me permitir realizar o mestrado.

Aos amigos do meu querido setor de trabalho, Banco de leite, em especial à minha gerente Maria Hercília Barbosa, por confiarem em mim e valorizarem meu trabalho. Tenho muito orgulho de desenvolver minha profissão junto a eles!

RESUMO

Introdução: A Segurança do paciente tem sido discutida mundialmente e considerada elemento fundamental nos diversos níveis de atenção à saúde. Entre as estratégias para otimizar a segurança do paciente em Unidades de Neonatologia, está o fomento da cultura de segurança, principalmente em virtude de se tratar de um ambiente de alta vulnerabilidade para os neonatos. Assim, a avaliação da cultura de segurança do paciente e os fatores que a influenciam são fundamentais para o planejamento e reorganização do processo de trabalho.

Objetivo: Analisar a cultura de segurança do paciente em três unidades de neonatologia de hospitais públicos na perspectiva da equipe multiprofissional. **Metodologia:** Trata-se de uma

pesquisa quantitativa do tipo survey transversal, realizada em três unidades de neonatologia de hospitais públicos de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do instrumento validado, *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, com 514 profissionais da equipe multiprofissional de assistência à saúde, dentre eles enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Para análise dos dados, utilizou-se o software R versão 3.3.2 e os testes estatísticos de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman. **Resultados:** Os dados obtidos não mostraram nenhuma dimensão considerada como área de força, porém algumas delas apresentaram oportunidades de melhoria. As dimensões com maior percentual de respostas positivas foram “*Trabalho em equipe na unidade*” (59,44%), “*Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente*” (49,90%) e “*Aprendizado organizacional - melhoria contínua*” (49,29%). As dimensões com o maior percentual de respostas negativas foram “*Resposta não punitiva ao erro*” (55,45%), “*Percepção geral da segurança do paciente*” (43,63%) e “*Quadro de funcionários*” (40,86%). O instrumento de coleta de dados também apresentou variáveis de resultado da cultura, sendo uma delas a percepção do profissional sobre segurança do paciente, em que 47,96% dos sujeitos avaliaram a cultura de segurança como Regular, e 39,8% consideraram a segurança como Muito boa. Desses sujeitos, as categorias médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem avaliaram mais positivamente a cultura de segurança do paciente. No que diz respeito ao número de eventos informados ao supervisor/chefia nos últimos 12 meses, 75,41% dos entrevistados afirmaram não ter preenchido nenhuma notificação nesse período, sendo que os enfermeiros foram responsáveis pelo maior percentual de notificações. Foi possível também estabelecer correlações, quanto

maior o trabalho em equipe, maior o grau de segurança do paciente (valor $p < 0,001$). E, quando existe uma cultura de aprendizagem na instituição, o percentual de notificações de eventos tende a aumentar (valor- $p=0,047$). Entretanto, quanto mais tempo de trabalho têm no hospital, menos os profissionais notificam (valor $p=0,027$) e, quanto maior a qualificação profissional, pior a percepção da segurança pelo profissional (valor $p < 0,001$). **Conclusão:** Os achados revelaram que a cultura de segurança nas Unidades de Neonatologia se apresenta de maneira frágil, porém com áreas potenciais para se tornarem de força. Para isso, é necessário investimento nessa área, visando a estratégias e mudanças comportamentais que busquem efetividade no processo de trabalho seguro aos neonatos em Unidades de Neonatologia.

Descritores: Equipe de Assistência ao Paciente. Segurança do Paciente. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Recém-Nascido. Neonatologia.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety is a worldwide topic of discussion and a key element in the different levels of health care. Neonatal Intensive Care Units (NICUs) are an environment highly vulnerable for neonates and the effort to enhance safety culture is always among the main strategies to optimize patient safety. Therefore, to understand factors that influence patient safety and to promote patient safety culture assessment are preponderant actions for planning and reorganizing the work process at NICUs. **Objective:** To analyze the patient safety culture in three public hospitals' NICUs from the multi-professional health care team's perspective. **Metodology:** This is a quantitative transversal survey conducted in three public hospitals' NICUs in Minas Gerais state. Data collection was done through the application of the validated instrument, Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), in 514 personnel of the multi-professional health care team, including nurses, nursing technicians, nursing assistants, physicians, speech therapists, physiotherapists, psychologists, occupational therapists, and social workers. The Software R 3.3.2 and statistic tests Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and Spearman correlation were used for data analyses. **Results:** Although the collected data did not show any dimension with strengths, some dimensions presented opportunities for enhancement. Dimensions with the highest percentage of positive responses were "*Teamwork Within Units*" (59.44%), "*Supervisor/Manager Expectations and Actions Promoting Patient Safety*" (49.90%), and "*Organizational Learning - Continuous Improvement*" (49.29%). Dimensions with the highest percentage of negative responses were "*Nonpunitive Response to Error*" (55.45%), "*Overall Perceptions of Patient Safety*" (43.63%), and "*Staffing*" (40.86%). The data collection instrument also presented culture outcome variables. One of which was the professional's perception about patient safety, in which 47.96% of the respondents evaluated the safety culture as Regular and 39.8% considered safety as Very good. Among the respondents, physicians, nursing technicians, and nursing assistants are the ones with the highest patient safety culture evaluation. Regarding the number of events reported to the supervisor / manager in the last 12 months, 75.41% of the respondents stated that they had not filled out any notifications during this period, and nurses were responsible for the highest percentage of notifications. It was also possible to establish significant positive and negative correlations between indicators and dimensions of patient safety culture. In addition, the study revealed significant differences among the three NICUs surveyed and none of them presented strengths in the patient safety culture.

Conclusion: The findings of this study unveil that the patient safety culture is fragile in NICUs, but with potential opportunities that can become strengths. For accomplish so, it is necessary to invest in this topic, aiming strategies and behavioral changes that could bring effectiveness to the safe work process at the NICUs.

Keywords: Patient Health Care Team. Patient Safety. Neonatal Intensive Care Units. Newborn. Neonatology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo do Queijo suíço de James Reason.	25
Figura 2 - Fluxograma de inclusão e determinação da população estudada na Unidade A	44
Figura 3 - Fluxograma de inclusão e determinação da população analisada na Unidade B.....	45
Figura 4 - Fluxograma de inclusão e determinação da população analisada na Unidade C.....	45
Gráfico 1 - Número das respostas de cada dimensão e percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC nas três Unidades de Neonatologia de Hospitais Públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.....	49
Gráfico 2 - Média percentual de respostas sobre a nota de segurança do paciente em três Unidades de Neonatologia de Hospitais Públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017	51
Gráfico 3 - Média percentual de respostas sobre o número de eventos relatados ao supervisor/chefia nos últimos doze meses em três Unidades de Neonatologia de Hospitais Públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017	52
Gráfico 4 - Número das respostas de cada dimensão e percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC na Unidade A. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017	53
Gráfico 5 - Número das respostas de cada dimensão e percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC na Unidade B. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017	53
Gráfico 6 - Número das respostas de cada dimensão e percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC na Unidade C. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017	54
Quadro 1 - Dimensões da qualidade no cuidado	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição das características dos profissionais de saúde das unidades A, B e C em relação ao tempo de trabalho no hospital, na profissão, na unidade, carga horária semanal e grau de instrução. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.....	47
Tabela 2	- Comparação das características dos profissionais de saúde entre as três unidades em relação ao tempo de trabalho no hospital, na unidade, na profissão e cargo (N=514). Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.....	48
Tabela 3	- Comparação das variáveis de segurança do paciente em relação à categoria profissional. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.....	56
Tabela 4	- Comparação dos indicadores de cultura de segurança entre os cargos/funções. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.....	57
Tabela 5	- Comparação dos indicadores entre os hospitais, considerando o cargo/função. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.....	62
Tabela 6	- Correlação dos indicadores da cultura de segurança com relação à segurança do paciente e notificação de eventos em Unidades de Neonatologia de Hospitais Públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.....	63
Tabela 7	- Correlação dos indicadores de cultura de segurança com o tempo de trabalho no hospital, na unidade/área, na especialidade e horas por semana trabalhadas em Unidades de Neonatologia de Hospitais Públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.....	65
Tabela 8	- Correlação dos indicadores de cultura de segurança com o grau de instrução e idade em Unidades de Neonatologia de Hospitais Públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.....	67

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Alfa de Cronbach
ACSNI	Advisory Committee for Safety in Nuclear Installations
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVE	Variância Média Extraída
CC	Confiabilidade Composta
CEA	Comissão de Eventos Adversos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CSS	Culture of Safety Survey
EA	Eventos Adversos
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
EPS	Educação Permanente em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
ICPS	International Classification for Patient Safety
IHI	Institute for Healthcare Improvement
INSAG	Grupo Consultiva Internacional de Energia Nuclear
IOM	Institute Of Medicine
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations
JCI	Joint Commission International
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MS	Ministério da Saúde
NHECI	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e Controle de Infecção
NPSA	National Patient Safety Agency
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSCHO	Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire

SCI	Serviço de Controle de Infecção
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SCS	Safety Climate Survey
SHE	Serviço Hospitalar de Epidemiologia
SLOAPS	Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety
SPSS	Statistical Program for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJC	The Joint Commission
UCINCO	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo Geral	22
2.3	Objetivos Específicos.....	22
3	REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1	Qualidade em saúde e segurança do paciente	23
3.2	Segurança do paciente em Unidades de Neonatologia	27
3.3	Cultura de segurança do paciente e instrumentos de avaliação.....	29
4	MATERIAL E MÉTODO	35
4.1	Delineamento do estudo	35
4.2	Local do estudo	35
4.3	População	37
4.4	Instrumento de coleta de dados.....	37
4.5	Variáveis	38
4.5.1	<i>Variáveis de Características Profissionais dos Sujeitos.....</i>	39
4.5.2	<i>Variáveis da Cultura de Segurança</i>	39
4.5.3	<i>Variáveis de Resultado</i>	40
4.6	Coleta de dados	40
4.7	Organização e análise dos dados	41
4.8	Aspectos ético-legais	43
5	RESULTADOS	44
5.1	Características dos profissionais de saúde das três unidades de neonatologia	46
5.2	Comparação das características dos profissionais entre as três unidades de Neonatologia.....	47
5.3	A cultura de segurança do paciente das três unidades de neonatologia.....	49
5.4	Comparação da cultura de segurança do paciente entre as três equipes das unidades de neonatologia	52
5.5	Comparação da cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais.....	55
5.6	Correlação das dimensões da cultura de segurança em relação à segurança do paciente e notificação de eventos	63

5.7	Correlação das dimensões da cultura de segurança em relação ao tempo de trabalho no hospital, na área/unidade, na especialidade e carga horária semanal ..	64
5.8	Correlação dos indicadores de cultura de segurança com o grau de instrução e a idade.....	66
6	DISCUSSÃO.....	68
7	CONCLUSÃO.....	81
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE	90
	ANEXOS	92

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema que vem sendo discutido mundialmente nas últimas décadas, apesar de não se tratar de um fenômeno recente. Na Grécia antiga, foi atribuído a Hipócrates, o Pai da Medicina, o pensamento *Primum non nocere*, ou seja, em primeiro lugar, não causar dano. Ele é considerado como uma das primeiras referências à segurança do paciente (WACHTER, 2010). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente significa reduzir o risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento, ou outro tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A discussão sobre iniciativas de promoção da segurança e da qualidade na assistência à saúde em âmbito mundial foi fomentada após a publicação do relatório americano *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Estudos epidemiológicos norte-americanos estimam que ocorram entre 44.000 e 98.000 mortes anuais devido a erros na assistência à saúde, sendo esses considerados a terceira causa de morte no país. Desde então, a temática segurança do paciente ocupa lugar de destaque na literatura internacional, sendo que várias iniciativas têm sido adotadas com o objetivo de prevenir erros e danos aos pacientes e promover a qualidade do cuidado (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

O cuidado à saúde se caracteriza como uma das mais complexas e dinâmicas atividades realizadas por seres humanos para seres humanos. Contudo, o desenvolvimento dessas atividades não foi acompanhado de investimentos para tornar o sistema de saúde seguro (PEDREIRA, 2009). Desta forma, trata-se de um tema que necessita de estudos contínuos para o desenvolvimento de estratégias para o cuidado seguro.

Diante desses problemas evidenciados, foi iniciado um movimento global em busca por soluções. Assim, a OMS criou em 2003 a *International Alliance for Patient Safety* (Aliança Internacional para Segurança do Paciente) e logo mais, em 2004, a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente). O objetivo dessas alianças é coordenar ações em nível mundial para buscar resolução para os problemas emergentes de segurança (DONALDSON; PHILIP, 2004).

No Brasil, o marco regulatório da segurança do paciente foi a publicação pelo Ministério da Saúde (MS) da Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013, que instituiu o Programa

Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O PNSP propõe uma série de medidas com o intuito de reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde, evitando eventos ou circunstâncias que podem resultar em dano desnecessário ao paciente (BRASIL, 2013a). Posteriormente, em 25 de julho de 2013, a ANVISA publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, instituindo ações para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade em serviços de saúde. Essa Resolução prevê a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), bem como a notificação de eventos adversos associados à assistência ao paciente (BRASIL, 2013b). O Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e a iniciativa brasileira aponta a preocupação do Estado em promover a segurança do paciente (BRASIL, 2014).

A Organização Mundial da Saúde alerta que milhões de pessoas no mundo sofrem lesões e mortes decorrentes de práticas em saúde que são inseguras, sendo estimado que um em cada dez pacientes será vítima de um erro. Essa estimativa procede de estudos conduzidos em países desenvolvidos, com sistemas de saúde mais estruturados do que os de países em desenvolvimento, nos quais dados epidemiológicos são escassos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Na tentativa de reduzir essa estimativa, a OMS adotou o tema Segurança do Paciente como prioridade na agenda de políticas dos seus países membros a partir do ano 2000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

No contexto da segurança do paciente, os eventos adversos (EA) são descritos como as complicações indesejadas decorrentes da assistência prestada a esses indivíduos. Não são atribuídas à evolução natural da doença de base e podem resultar em danos ao paciente, gerando um comprometimento da estrutura ou função do corpo, com algum efeito nocivo, como doença, lesão, incapacidade ou morte (BATISTA, 2015).

Os danos aos pacientes associados aos cuidados de saúde aumentam substancialmente os custos, estimando-se entre 13 e 16% dos custos hospitalares, o que representa cerca de um em cada sete dólares gastos no atendimento aos pacientes. Grande parte desses custos é resultado de cuidados desnecessários, que também podem ser muito perigosos ao paciente. Há uma epidemia de erros na saúde que aumentam os custos da prestação de cuidados de saúde, causam sequelas e até mesmo a morte para muitos pacientes (SOUZA; MENDES, 2014). Além dos danos físicos, outras implicações estão relacionadas à ocorrência do EA, como a perda de confiança dos pacientes nas organizações de saúde e em seus profissionais e ainda a redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados (BATISTA, 2015).

No ambiente hospitalar, a situação pode ser ainda mais crítica nas Unidades de Neonatologia. Nestas unidades, os neonatos são mais suscetíveis à ocorrência de incidentes pelas suas particularidades e vulnerabilidades. Esses pacientes, além de estarem em desenvolvimento dos sistemas orgânicos, na maioria das vezes, são acometidos de doenças graves, e necessitam de cuidados mais complexos, com procedimentos invasivos e uma maior manipulação. Devido à fragilidade que apresentam e pelo fato de a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal envolver muitas ações, a exposição aos riscos de eventos adversos é maior (TOMAZONI, 2014). Por outro lado, o processo assistencial da Neonatologia tem a participação de profissionais de diversas categorias, que devem trabalhar de forma conjunta, objetivando a prevenção de erros e a otimização da segurança do paciente.

Dentre essas categorias, a Enfermagem é uma das profissões que mais se destacam nesse contexto, visto que é responsável por grande parte dos procedimentos realizados aos pacientes durante a hospitalização, além de estar envolvida com a gestão, monitoramento de indicadores, notificação de eventos adversos, bem como educação continuada da equipe. Segundo Mello (2011), a equipe de enfermagem vivencia e percebe frequentemente situações de risco ao paciente, constituindo subsídio para o gerenciamento do cuidado de enfermagem em relação à segurança do paciente.

Dessa forma, com o intuito de promover um cuidado seguro e melhorar a qualidade da assistência, é necessária a compreensão de que a segurança é influenciada pela cultura de trabalho dos profissionais envolvidos. Estudo aponta que muitos elementos da cultura afetam diretamente a saúde pela forma como os profissionais entendem a segurança do paciente e realizam seu trabalho (TOMAZONI, 2013). Ademais, acredita-se que, para alcançar a qualidade da assistência e garantir melhores resultados, é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (MARINHO; RADUNZ; BARBOSA 2014).

Nesse sentido, incentivar a cultura de segurança do paciente tem sido apresentado como uma premissa para melhorar a qualidade da assistência à saúde. A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993). O primeiro requisito para se estabelecer uma cultura de segurança

efetiva em uma organização de saúde é avaliar a cultura corrente. A partir das informações dos funcionários a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, conseguem-se identificar as áreas mais problemáticas para que se possam planejar e implementar intervenções (SORRA; NIEVA, 2004).

A cultura de segurança do paciente das instituições pode ser mensurada por meio da utilização de instrumento com profissionais de saúde e gestores sobre as suas atitudes para a segurança do paciente na sua unidade de trabalho, do número de comunicação de eventos adversos e da percepção do indivíduo acerca do gerenciamento da unidade de trabalho e de toda a organização. A quantidade de informações relacionadas à cultura de segurança está relacionada à melhoria da segurança do paciente (MACEDO, 2015).

Dessa maneira, estudos que mensuram a cultura de segurança nas instituições estão se tornando um componente essencial dos sistemas de gestão da segurança. Atualmente existem instrumentos confiáveis que permitem investigar as atitudes seguras e o papel da cultura na melhoria e manutenção das percepções da equipe (CARVALHO et al., 2017; JACKSON; SARAC; FLIN, 2010).

Alguns instrumentos disponíveis para mensuração da cultura de segurança do paciente são *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (Pesquisa Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Paciente); *Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety* (SLOAPS) (Estratégias para a Liderança: uma abordagem organizacional para a Segurança do Paciente); *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations* (PSCHO) (Cultura de Segurança do Paciente em Organizações de Saúde); *Culture of Safety Survey* (CSS) (Pesquisa sobre Cultura de Segurança); *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (Questionário de Atitudes de Segurança); e *Safety Climate Survey* (SCS) (Pesquisa do Clima de Segurança) (COLLA et al., 2005).

Entre os instrumentos mencionados acima, o HSOPSC é um instrumento já validado para o contexto hospitalar, que foi lançado pela Agência de Investigação de Saúde e Qualidade – *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Esse instrumento apresenta os melhores índices dos testes psicométricos, quando comparado com os demais, o que garante a confiabilidade e a validade do instrumento (REIS, 2013). No Brasil, o HSOPSC foi traduzido e utilizado pela primeira vez no ano de 2007 (CLINCO, 2007). Posteriormente, o mesmo passou por um processo de adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas e desde então tem sido um instrumento de escolha para avaliar o

comportamento dos colaboradores em relação à cultura de segurança do paciente (REIS, 2013).

Dessa forma, a partir desse instrumento, será possível obter os dados que permitirão desenvolver uma análise que caracterize a cultura de segurança das unidades de cuidado por meio das opiniões dos profissionais de saúde sobre questões que norteiam a segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003).

Estudo realizado em três Unidades de Emergências Pediátricas de Hospitais Públicos de Florianópolis avaliou a cultura de segurança neonatal dos profissionais de enfermagem. Foi utilizado o instrumento HSOSPC, que verificou a existência de fragilidades na cultura de segurança e apontou áreas que precisam ser melhor discutidas, como a abordagem frente aos erros e o sistema de notificação de eventos adversos (MACEDO, 2016). Ainda utilizando o mesmo instrumento de coleta, foi realizado outro estudo em quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de hospitais públicos em uma capital do Sul do Brasil, que concluiu que são necessárias mudanças culturais, principalmente na abordagem dos erros, considerando que persiste uma resposta punitiva (TOMAZONI, 2013).

As diferenças encontradas remetem a uma possível relação da avaliação da cultura de segurança com as características profissionais dos sujeitos das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Outro estudo realizado nos Estados Unidos da América com médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e auxiliares de enfermagem de 12 unidades de neonatologia utilizando o instrumento SAQ, revelou que houve variação substancial nos domínios de cultura de segurança entre as UTIN e a equipe multiprofissional; a avaliação da cultura de segurança pelos profissionais médicos foi melhor do que quando comparado à equipe de enfermagem (PROFIT et al., 2012a).

Ressalta-se que estudos nacionais e internacionais, em sua maioria, focaram a cultura de segurança do paciente na perspectiva isolada dos profissionais de enfermagem e/ou da equipe médica e não da equipe multiprofissional como um todo. Porém, o processo e a natureza do trabalho na assistência neonatal apresentam várias conformações de equipes, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas, assistentes sociais e fonoaudiólogos, o que reforça a importância da avaliação da cultura em relação à segurança do paciente a partir de uma visão sistematizada de seus aspectos e da quebra de paradigmas (TOMAZONI, 2014; MACEDO, 2016; PROFIT et al., 2012a, b). Ademais, poucos estudos com essa temática trazem a ênfase no cenário de Unidades de Neonatologia, bem como de hospitais de ensino que trabalham com a formação

de outros profissionais (PROFIT et al., 2012a, b). Sendo assim, esta pesquisa vem contribuir no preenchimento das lacunas ressaltadas.

Diante dos achados, surgiu a pergunta norteadora deste estudo: Como é a cultura de segurança da equipe multiprofissional em diferentes Unidades de Neonatologia? Acredita-se que a cultura de segurança da equipe multiprofissional das Unidades de Neonatologia encontra potencialidades e fragilidades de acordo com cada cenário pesquisado, podendo inclusive variar de acordo com as características dos profissionais, como o tempo de trabalho no hospital, na especialidade, grau de instrução, idade, categoria profissional e cenário estudado.

A hipótese do estudo é que a avaliar a cultura de segurança permite uma visão ampliada dos indicadores que envolvem a segurança do paciente no contexto das unidades de neonatologia. Dessa forma, podem-se planejar estratégias que promovam a qualidade da assistência ao paciente.

Por meio da análise da cultura de segurança em cada cenário estudado, será possível apontar potencialidades e fragilidades dos mesmos e, por meio delas, planejar, monitorar e avaliar estratégias que visem à segurança do paciente. Ademais, este tipo de análise poderá otimizar a reflexão e a conscientização dos profissionais sobre questões relativas à segurança, a fim de buscar soluções eficazes e eficientes para os diferentes contextos, objetivando a construção de processos de trabalhos mais seguros nas unidades de neonatologia.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a cultura de segurança do paciente por meio do instrumento HSOPSC em três unidades de neonatologia de hospitais públicos na perspectiva da equipe multiprofissional.

2.3 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos participantes das três Unidades de Neonatologia.
- Descrever as áreas de força e as áreas críticas da cultura de segurança da equipe multiprofissional das Unidades de Neonatologia.
- Comparar a cultura de segurança entre as três equipes de Unidades de Neonatologia.
- Comparar a cultura de segurança entre as categorias profissionais nas Unidades de Neonatologia.
- Correlacionar as dimensões da cultura de segurança do paciente de acordo com a notificação de eventos, segurança do paciente, carga horária semanal, tempo de trabalho no hospital, na especialidade, grau de instrução e idade.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Qualidade em saúde e segurança do paciente

O contexto da discussão sobre qualidade do cuidado e sua relação com a prestação dos serviços de saúde é marcado por pressões relacionadas ao alto custo do cuidado em saúde associado à incorporação tecnológica, ao aumento da carga de trabalho dos profissionais de saúde e ao envelhecimento da população com múltiplas doenças crônicas. Dessa forma, emergem preocupações voltadas para a qualidade do cuidado e das organizações de saúde, com ênfase em ações direcionadas à melhoria contínua e à prestação de contas (SOUZA; MENDES, 2014).

Um dos primeiros pesquisadores de Avaliação em Serviços de Saúde foi Avedis Donabedian, em 1980. O mesmo 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 preestabelecidos, entre profissionais e pacientes. Resultado é o produto final da assistência prestada ao paciente (DONABEDIAN, 1993). 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 virtude do caráter multidimensional e subjetivo do conceito de qualidade, sua definição e os elementos que a constituem, existem várias definições para autores e os diversos atores/intervenientes (pacientes, profissionais de saúde, gestores, financiadores e autoridades governamentais) (SOUZA; MENDES, 2014). Segundo Donabedian (1990), cuidado de qualidade é aquele que maximizava o bem-estar do paciente, após considerar o balanço entre os ganhos e as perdas esperados em todas as etapas do processo de cuidado (SOUZA; MENDES, 2014). Em 1990, o *Institute of Medicine* (IOM) definiu qualidade em saúde como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional corrente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Em 1990, a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO) definiu a qualidade da assistência médico-hospitalar como o “grau segundo o qual os cuidados com a saúde do paciente aumentam a possibilidade desejada”. O IOM define qualidade do

cuidado como o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (MIRSHAWKA, 1994).

O IOM publicou dois relatórios; em um deles, o *National Healthcare Quality Report*, em 2001, destacou as seguintes dimensões da qualidade: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (QUADRO 1). O outro é *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Nos dois relatórios, a segurança do paciente aparece, pela primeira vez, como dimensão constituinte do conceito de qualidade do cuidado (SOUZA; MEMDES, 2014).

Vale ressaltar que os atributos propostos pelo Institute Of Medicine (2001) ganharam ampla adesão internacional, desta forma, estratégias para a melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente estão cada vez mais presentes nas agendas governamentais, porém, para que se alcancem bons resultados, é necessário trabalhar primeiro com a promoção de uma cultura de segurança nas instituições de saúde (SOUZA; MEMDES 2014).

Quadro 1 - Dimensões da qualidade no cuidado

Dimensões	Definição
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: Institute of Medicine (2001).

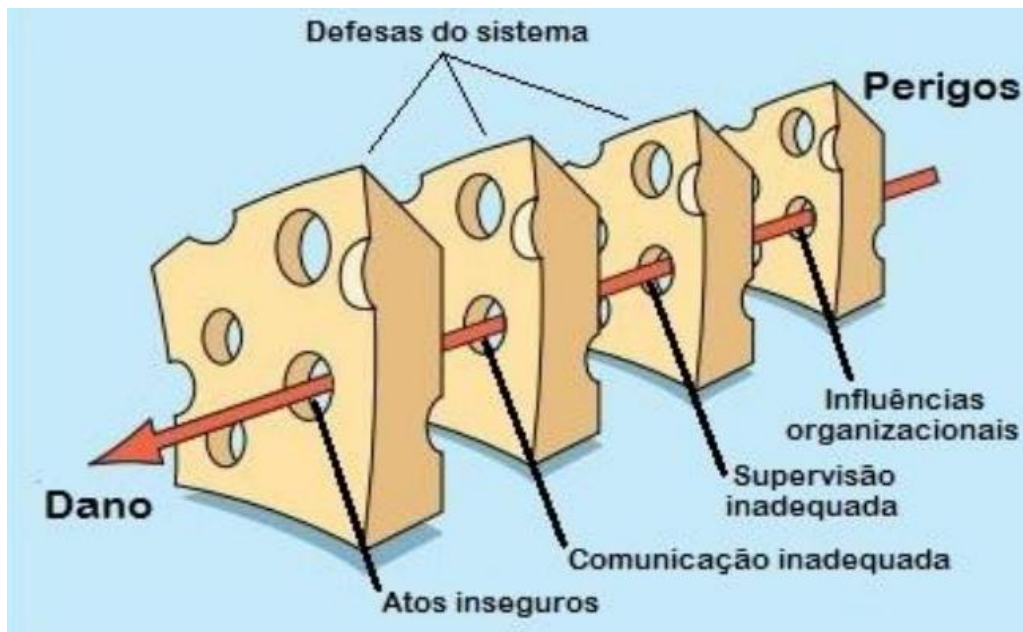
Nota: Tradução livre dos conceitos.

No início deste século, IOM dos Estados Unidos da América (EUA) passou a incorporar “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade, com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. A segurança do paciente assumiu espaço privilegiado para buscar melhorar a qualidade no cuidado prestado ao paciente nos diversos níveis de atenção. A qualidade no cuidado não é só garantir um cuidado seguro, porque envolve também atributos ou dimensões como acesso, efetividade, entre outros (SOUZA; MENDES, 2014).

Desta forma, a assistência à saúde se caracteriza como uma das mais complexas e dinâmicas atividades realizadas por seres humanos. Contudo, tal desenvolvimento não foi acompanhado de investimentos para desenvolver sistemas de prevenção de erros humanos, para tornar o sistema de saúde seguro (PEDREIRA, 2009).

Para exemplificar como os erros acontecem, Reason (2000) utilizou o Modelo do Queijo Suíço. As fatias são comparadas com as barreiras de defesa e as perfurações são as falhas que ocorrem na barreira. Quando essas perfurações estão alinhadas, o erro poderá ocorrer, pois as barreiras não foram eficientes para que o erro não ocorresse. O mesmo defende que é necessário acontecerem falhas de forma simultânea nos processos organizacionais para um erro ativo ocorrer. O vetor representa a inexistência de barreiras que, se atingirem o paciente, poderão causar um dano ao mesmo, como é possível observar na FIG. 1.

Figura 1- Modelo do Queijo suíço de James Reason.



Fonte: Adaptado de Reason, (2000).

Nas instituições de saúde, a discussão sobre iniciativas de promoção da segurança e da qualidade na assistência à saúde em âmbito mundial foi fomentada após a publicação do relatório *“To Err is Human pelo Institute of Medicine”* (Instituto de Medicina), no ano 2000. Essa publicação recordou o problema dos eventos adversos decorrentes da prestação dos serviços de saúde, chamando a atenção de gestores, usuários e profissionais de saúde. Apontou que milhões de pessoas sofrem lesões e mortes decorrentes das práticas inseguras de

saúde, estimando que um em cada dez pacientes seja vítima de um erro durante sua hospitalização (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Algumas organizações de saúde merecem destaque, como a *Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations* (JCAHO), hoje chamada de *The Joint Commission* (TJC) e a *Joint Commission International* (JCI), que são empresas de acreditação de qualidade e segurança hospitalar. Pode-se citar ainda o *Institute of Health care Improvement* (IHI) pela Campanha 5 Milhões de Vidas (INSTITUTE OF HEALTH CARE IMPROVEMENT, 2008) e (AHRQ), designada pelo governo americano como a agência federal responsável pela educação e pesquisa em segurança do paciente, dentre muitas outras organizações que surgiram nos EUA e no mundo com propostas de mudança para uma assistência de saúde mais segura (AGENCY FOR HEALTH CARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi a primeira iniciativa para a segurança do paciente com a criação do Projeto Hospitais Sentinela, que desde 2002 propõe a notificação de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos para a saúde, medicamentos, sangue e hemoderivados. Esta rede conta com 192 hospitais que cumprem os requisitos de excelência nos relatos de problemas para a ANVISA (BRASIL, 2013a).

Ainda no Brasil, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) possibilitou a utilização no Brasil do *International Classification for Patient Safety* (ICPS), Classificação Internacional para Segurança do Paciente, criada pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Esta rede tem como finalidade 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 (BRASIL, 2014). Os principais conceitos que envolvem a segurança do paciente em nível regional e internacional traduzidos para o contexto brasileiro são apresentados na sequência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009):

- Segurança do Paciente: redução dos riscos de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável.
- Dano associado ao cuidado de saúde: é o dano decorrente ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados à saúde, e não de uma doença ou lesão subjacente.

- Dano: envolve prejuízo na estrutura ou funções do corpo e pode acarretar doença, lesão, sofrimento, incapacidade de ordem física, social ou psicológica ou morte.
- Incidente de segurança do paciente: é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente.
- Erro: consiste na falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou no desenvolvimento incorreto de um plano. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução.
- Incidente sem danos: é um incidente que não resultou em dano ao paciente;
- Incidente com danos ou evento adverso: é um incidente que resultou em danos ao paciente.

Este estudo considerou que, para ocorrer a redução dos danos associados à prestação de cuidados na saúde, é necessário trabalhar com a prevenção de erros que podem ou não causar danos aos pacientes. E, para que tal associação possa ser executada, torna-se fundamental a identificação de alguns aspectos importantes da qualidade em saúde e segurança do paciente.

3.2 Segurança do paciente em Unidades de Neonatologia

Os ambientes de cuidado favorecem a ocorrência de erros. Em ambientes hospitalares, a situação pode ser ainda mais crítica nas Unidades de Neonatologia. No contexto da atenção à saúde de neonatos de muito baixo peso ou prematuros, os riscos são ainda maiores, pois são manipulados por diversos profissionais e expostos a um número muito maior de procedimentos diagnósticos e tratamento, além de permanecerem por tempo mais prolongado no ambiente hospitalar. Esses fatores aumentam significativamente as chances de sofrerem as consequências de um erro (LANZILLOTTI et al., 2015)

O próprio ambiente da UTIN, cuja rotina é intensa, pode facilitar a ocorrência de erros nas técnicas e procedimentos, decorrentes da complexidade dos cuidados, das tecnologias utilizadas e das intervenções invasivas realizadas em paciente de alto risco (VINCER; MURRAY; YUILL, 1989).

A ocorrência de erros médicos é facilitada pela complexidade de procedimentos em pacientes prematuros e de muito baixo peso e pela introdução frequente de novas tecnologias. Além disso, alguns efeitos adversos a drogas podem mimetizar um quadro típico de infecção,

caracterizado por apneia, distúrbio de perfusão periférica, alterações eletrolíticas e acidobásicas, levando a intervenções desnecessárias (VINCER; MURRAY; YUILL, 1989).

Como muitos desses erros passam despercebidos, a equipe de profissionais tende a achar que sua ocorrência é muito baixa. Em um estudo americano sobre erros na UTIN, a falta de trabalho em equipe e a má comunicação contribuíram em 9% e 22% dos incidentes, respectivamente. A falta de trabalho em equipe e as falhas de comunicação foram a causa raiz de mortes e lesões perinatais em 55% e 72% dos casos, respectivamente (PROFIT et al., 2012a). Em outro estudo americano, estimou-se que, de cada seis a oito internações em UTI neonatal, uma (15%) seja acompanhada de erro médico com drogas. Nestas unidades de terapia intensiva, os erros acontecem por prescrição ilegível (3%), duvidosa (1,9%), dose errônea do medicamento (4%), ou pela não especificação da via de administração do medicamento (28%) (VINCER; MURRAY; YUILL, 1989). Em uma UTIN brasileira, uma pesquisa mostrou que dos 218 neonatos hospitalizados em um período de cinco meses, 84% sofreram eventos adversos (VENTURA; ALVES; MENESES, 2012), o que reforça a ideia de que o desempenho da equipe e sua habilidade de comunicar claramente e colaborar efetivamente são fundamentais para evitar morbidade ou mortalidade desnecessária.

Ainda é necessário que cada Unidade de Neonatologia seja estudada de forma individual, pois, a partir da aplicação do instrumento de avaliação da cultura de segurança nas instituições, podem-se encontrar oportunidades de intervenções que abordem o clima de trabalho em equipe, enquanto que, em outra instituição, o foco do trabalho pode estar no reconhecimento do estresse e percepções de gestão. Isso sugere que seja improvável que um pacote de intervenção de cultura de segurança seja útil para todos. Em vez disso, as intervenções podem ser adaptadas a perfis individuais da UTIN (PROFIT et al., 2012b).

No Brasil, grandes mudanças vêm ocorrendo no ambiente da neonatologia nos últimos anos, de certa forma acompanhando a tendência mundial. A integração de novas tecnologias, a necessidade de intervenção de uma equipe multiprofissional, a presença dos pais e o cuidado de bebês cada vez mais prematuros já fazem parte de uma realidade que exige posturas diferentes dos profissionais da equipe multiprofissional da neonatologia (COSTA; PADILHA; 2011).

A Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012, com relação à equipe multiprofissional e aos recursos humanos em unidades neonatal, torna obrigatório um responsável técnico médico, um fisioterapeuta e um enfermeiro, coordenadores de suas respectivas equipes, sendo que todos devem ter especialização em Terapia Intensiva Pediátrica ou Neonatal. As equipes

devem ser formadas por, no mínimo, um médico a cada 10 leitos, um enfermeiro a cada 10 leitos, um fisioterapeuta a cada 10 leitos e um técnico de enfermagem a cada dois leitos, sendo que este quadro deve estar disponível em cada turno (BRASIL, 2012).

A equipe multiprofissional também deve estar inserida em um programa de educação continuada, que contemple as normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade; incorporação de novas tecnologias; gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais; e prevenção e controle de infecções relacionadas ao cuidado em saúde (BRASIL, 2010).

As equipes e o trabalho das equipes devem ser analisados como variáveis-chave para qualidade e segurança. No mais simples, equipes são definidas como dois ou mais indivíduos trabalhando em direção a um objetivo ou objetivo comum. Tendo em vista que a prestação de uma atividade crítica de alto risco requer muitas habilidades que ainda estão sendo definidas, criar ambientes de equipe forte é um desafio crucial para as organizações de saúde. As exigências contínuas da estrutura de prestação de cuidados de saúde e do pessoal criam condições difíceis para o desenvolvimento de equipes fortes. Desta forma, tem-se pouca compreensão da capacidade do indivíduo de contribuir para a coesão e alcançar objetivos comuns (SIMMONS; SHERWOOD, 2010).

Na área neonatal, a Portaria Nº 930/2012 do Ministério da Saúde define as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012). Uma das diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave é a atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário, dentre outras, como respeito, proteção e apoio aos direitos humanos; promoção da equidade, integralidade da assistência, atenção humanizada e estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido.

3.3 Cultura de segurança do paciente e instrumentos de avaliação

A cultura é um fenômeno dinâmico, sendo constantemente desempenhada por interações com os outros e moldada por comportamentos de liderança, em um conjunto de rotinas, normas que orientam o comportamento. Dentre as definições de cultura de segurança na literatura, a mais amplamente aceita padronizada pela *The Advisory Committee for Safety*

in *Nuclear Installations* (ACSNI) afirma que a cultura de segurança de uma organização é o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento, individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação baseada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e pela confiança na efetividade de medidas preventivas (REIS, 2013).

A cultura organizacional é descrita através dos valores compartilhados que influenciam as atitudes dos membros de uma instituição. Caso se queira tornar uma organização mais eficiente e eficaz, deve-se entender o papel da cultura na vida organizacional (SCHEIN, 2009). Desta forma, garantir uma cultura de segurança nas instituições é assegurar uma assistência em saúde segura.

Ao criar na instituição uma cultura de segurança ideal, podem-se identificar os fatores falhos no sistema, implementando barreiras para que os erros não se repitam. Segundo o documento *Seven Steps to Patient Safety in General Practice* (Sete Passos para Segurança do Paciente na Prática Geral) do Reino Unido, uma cultura de segurança forte deve apresentar algumas etapas. A primeira é a construção de uma cultura de segurança em que os profissionais tenham a capacidade de reconhecer os erros e aprender com eles para poder melhorar o cuidado. Os demais passos do documento consistem em liderança, trabalho em equipe, responsabilidade, compreensão, comunicação, conscientização das pressões de carga de trabalho e sistemas de segurança, de modo a evitar erros comuns (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2009).

Tendo em vista o conceito de segurança do paciente, que significa reduzir o risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009), em primeiro lugar é necessário caracterizar a cultura existente na organização para então confrontá-la (DOWERI et al., 2015). A cultura de segurança do paciente pode ser analisada em diferentes níveis do sistema de saúde, através da identificação de pontos fortes e fracos que configuram a forma como os profissionais de saúde pensam e se comportam em seu trabalho.

Uma cultura de segurança madura é instrutiva e flexível. Este amadurecimento deve evoluir ao longo de uma série contínua através de cinco estágios (ROBB; SEDDON, 2010):

1. No estágio patológico, a segurança é percebida como “um problema causado pelos trabalhadores”; traduz-se por não ser “pego” por agentes reguladores;

2. No estágio reativo, a organização começa a perceber a importância da segurança, porém as ações são tomadas somente após a ocorrência de incidentes;
3. No estágio calculado, a gestão de riscos ainda é de cima para baixo, com melhorias impostas pelos gerentes através da coleta de dados;
4. No estágio proativo, há mais envolvimento da força de trabalho em torno da identificação e solução de problemas com consequente melhoria nos processos de trabalho;
5. No estágio produtivo, há participação ativa dos funcionários e aumento na confiança: “A segurança é a forma como fazemos o negócio por aqui”.

Neste contexto, a cultura de segurança aplicada à saúde deve estar interiorizada nos indivíduos, residir nas equipes e fazer parte integrante das organizações. O cuidado seguro requer o entendimento de que a segurança é fortemente influenciada pela cultura de trabalho, e quem garante esta cultura é a equipe multiprofissional. Desta forma, os gestores, assim como todas as categorias profissionais, devem promover uma cultura de segurança nas instituições, visando a um cuidado seguro aos pacientes.

Ainda há que se destacar que produzir e manter uma cultura de segurança é um processo contínuo, sistemático e demorado. Não haverá nunca um momento em que o trabalho de melhorar e manter a cultura de segurança esteja terminado (VINCENT, 2009).

Assim, entende-se que existam camadas ou ambientes de cultura setoriais, mas cujos valores serão comuns e baseados numa atitude permanente de notificação sem culpa, de focagem no sistema, de aprendizagem e redesenho e de geração de conhecimento aplicável e de proatividade em relação aos eventos possíveis. Essas dimensões devem ser exercidas em equipe, com forte componente de auto-organização e perfeita comunicação e, ainda, o envolvimento de organizações de saúde seguras e confiáveis em que todos os seus membros, a cada nível, de modo inclusivo, incorporem as normas e preocupações com a segurança da organização, que assim se tornará de fato segura (MENDES; SOUZA, 2014).

Há certo consenso na literatura de que o primeiro passo para melhorar a segurança do paciente de forma a tornar as organizações de saúde seguras é avaliar a cultura de segurança existente na organização. Existem alguns instrumentos que possibilitam avaliar a cultura de segurança do paciente nas instituições. Estes instrumentos dimensionam as condições na organização que levam a eventos adversos e acarretam danos aos pacientes. Nas instituições hospitalares, podem ser utilizados como uma ferramenta diagnóstica para identificar áreas que

necessitam de melhorias e para aumentar a conscientização dos profissionais sobre segurança do paciente; avaliam intervenções ou programas implementados para a segurança do paciente, bem como o acompanhamento das mudanças ao longo do tempo; possibilitam comparações com dados de referência internos e externos à organização (Benchmarking) e verificam o cumprimento das diretrizes e requisitos regulamentares exigidos pelo sistema de saúde e por organismos internacionais de acreditação hospitalar (SORRA; NIEVA, 2004).

Marco importante para a segurança do paciente no Brasil ocorreu no ano de 2013 com a publicação da Portaria nº529 pelo MS, que definiu políticas de saúde pública com o objetivo de melhorar a segurança do paciente prevenindo e reduzindo a incidência de eventos adversos decorrentes da assistência à saúde (BRASIL, 2013a). O Art. 5 inciso VI desta portaria estabelece a promoção da cultura de segurança como estratégia de implementação do PNSP com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013a).

Considerando este objetivo, de promover a cultura de segurança, a utilização de instrumentos que avaliam a percepção da equipe de saúde em dimensões como trabalho em equipe, gestão e apoio da liderança para segurança do paciente, notificação de eventos adversos, bem como outros assuntos relativos à segurança, permite um direcionamento para que este fim seja alcançado. Preocupados em investigar sobre o melhor meio de medir e melhorar a cultura de segurança do paciente, Robb e Seddon (2010) conduziram uma revisão da literatura que avaliou 12 questionários. Por meio desse estudo, conclui-se que SAQ e o HSOPSC satisfizeram os critérios de confiabilidade e validade e que, portanto, um desses dois questionários deveria ser utilizado quando se pretende medir cultura de segurança no contexto hospitalar. Além desse, estudo realizado nos EUA apontou que os dois instrumentos tiveram boa confiabilidade e evidência de validade preditiva em suas avaliações psicométricas (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012). Dessa forma, dentre os vários instrumentos para mensurar a cultura de segurança do paciente, os mais utilizados segundo a literatura são o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) e o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).

O HSOPSC foi desenvolvido na língua inglesa e posteriormente adaptado para outras línguas, em função de sua aplicação em países não anglofônicos. Para a língua portuguesa, há duas traduções livres – de Clinco (2007) e Zimmer et al. (2009). Posteriormente, o mesmo

passou por um processo de adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas (REIS, 2013).

O HSOPSC tem sido amplamente utilizado nos EUA, onde foi criado, e fora dele. No continente europeu, Ásia e Oceania, os seguintes países são alguns dos que utilizaram o HSOPSC em seus hospitais: Austrália, Barém, Bélgica, Alemanha, Grécia, Reino Unido, França, Índia, Irlanda, Holanda, Japão, Líbano, Noruega, Portugal, Escócia, Sérvia, Cingapura, Suécia, Suíça, Espanha, Arábia Saudita, Tailândia, Turquia (REIS, 2013). Na América Latina, o HSOPSC foi utilizado na Colômbia e no Brasil (CLINCO, 2007; ZIMMER et al., 2009).

A escolha pelo HSOPSC neste estudo foi fomentada por avaliar doze dimensões, enquanto o SAQ avalia apenas seis dimensões da cultura de segurança. Quando um instrumento avalia um número maior de dimensões, possibilita conhecer outras extensões da cultura de segurança de determinada unidade. O HSOPSC está focado em obter resultados de unidades e instituições por meio de um grande número de domínios da cultura, fato que facilita a determinação de pontos prioritários que necessitam de melhoria da qualidade (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012; ZIMMER et al., 2009). Em segundo lugar, o instrumento é adequado à proposta e ao cenário do estudo. Por exemplo, para uso em um local ou condição particular (UTI), o instrumento escolhido já deverá ter sido testado e validado para este cenário.

As avaliações quantitativas através de questionários de autopreenchimento apresentam algumas vantagens: baixo custo em relação aos estudos qualitativos, preenchimento mais rápido e fácil, acompanhamento de mudanças ao longo do tempo, avaliação do impacto de intervenções (FLEMING, 2005). Por tais motivos, a maioria dos estudos que avalia a cultura de segurança utiliza questionários como instrumento de coleta de dados. Para a generalização dos resultados obtidos, é importante o envolvimento das lideranças para se conseguir uma alta taxa de resposta dos entrevistados (NIEVA; SORRA, 2003).

A aplicação de questionários, que avaliam a cultura de segurança, possibilita aumentar a consciência sobre o papel da cultura na promoção de um ambiente mais seguro, a determinação de pontos críticos passíveis de intervenções e a avaliação da eficácia de medidas de melhoria adotadas (ESPANHA, 2008).

Estudos de cultura de segurança na neonatologia não são comuns. Instrumentos de investigação, como a aplicação de instrumentos que mensurem a cultura de segurança nas

instituições, deveriam ser aplicados a cenários específicos para examinar e assegurar que seus resultados sejam significativos, interpretáveis, acionáveis e confiáveis.

Reforça-se que, no contexto da neonatologia, não se localizou nenhum estudo utilizando o HSOPSC para dimensionar a cultura de segurança da equipe multiprofissional, apenas de categorias profissionais isoladas.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de natureza quantitativa do tipo survey transversal.

As pesquisas descritivas preocupam-se em observar, descrever e documentar aspectos de uma situação a ser investigada, enquanto a pesquisa quantitativa se preocupa com a coleta sistemática, objetiva e rigorosa de informações numéricas, sob determinadas condições de controle, e procede a análise dos dados obtidos através de procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em três unidades de neonatologia, referências para o Estado de Minas Gerais. A escolha das instituições foi intencional, optando por hospitais públicos e de ensino. Por questões éticas e de confidencialidade, as unidades de neonatologia dos hospitais não foram identificadas pelo nome, mas denominadas de unidade A, B e C.

A unidade A pertence a um hospital de ensino com atenção universal aos usuários do SUS. Possui 20 leitos de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, 20 de cuidados intermediários neonatais – UCIN, e 5 na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru – UCINCa. O quantitativo de profissionais está dentro do preconizado pela Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012). O total de atendimentos realizados pela neonatologia no ano de 2016 foi de 703; o tempo médio de internação foi de 32 dias e a taxa de ocupação, de 65%. Esse hospital possui uma maternidade que é referência para a gestação de alto e médio risco no Estado de Minas Gerais e conta com profissionais da equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos em enfermagem, psicólogo, fonoaudiólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. Todos esses profissionais trabalham em regime estatutário com carga horária que varia de 20 a 40 horas semanais, dependendo da categoria profissional. O hospital possui um Núcleo de Risco desde 2013, em que estão envolvidos os serviços de controle de infecção hospitalar, gestão ambiental, gestão de risco e, a partir de 2014, foi instituída uma comissão de segurança do paciente. Em fevereiro de 2017 foi instituído o Núcleo de Segurança do Paciente.

A unidade B está localizada em um Hospital Universitário que está 100% inserido na rede pública de saúde. É referência para usuários da Regional Noroeste e atende a uma população de 1,1 milhão de habitantes. A equipe multiprofissional é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos em enfermagem, psicólogo, fonoaudiólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional e fisioterapeutas em regime estatutário de 20 a 40 horas semanais, dependendo da categoria profissional. Possui 20 leitos em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTIN, 15 em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – UCINCo, e o quantitativo de profissionais está dentro do preconizado pela Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012). O total de atendimentos realizados pela neonatologia no ano de 2016 foi de 410 e o tempo médio de internação foi de 17,5 dias. O hospital possui desde 2015 um Núcleo de Segurança do Paciente, que está na fase de implementação de alguns protocolos, como Protocolo de Cirurgia Segura e Protocolo Higienização de Mãos.

A unidade C está localizada em um hospital de ensino com atenção universal aos usuários do SUS e assiste uma população superior a 400 mil pessoas dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste, em Belo Horizonte. A equipe multiprofissional é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos em enfermagem, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas em regime celetista de 30 e 44 horas semanais, dependendo da categoria profissional. Possui 41 leitos na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTIN, e 45 leitos na Unidade de Cuidados Intermediários – UCIN, sendo 30 convencionais e 15 na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru. O quantitativo de profissionais está dentro do preconizado pela Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012). O total de atendimentos realizados pela neonatologia no ano de 2016 foi de 952. O tempo médio de internação foi de 26 dias. É a maternidade de referência dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste. O Núcleo de Segurança do Paciente foi criado em 2013, em substituição ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e Controle de Infecção (NHECI). O NSP integrou os Serviços de Controle de Infecção (SCI), Serviço Hospitalar de Epidemiologia (SHE) e a Comissão de Eventos Adversos (CEA). Os princípios e diretrizes adotadas pelo Núcleo incluem a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. Estão implementados e validados os seis protocolos básicos de segurança

do paciente publicados pela Fiocruz, Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

4.3 População

Nas três unidades neonatais, o total de profissionais da saúde envolvidos na assistência aos neonatos era de 734. Foram convidados a participar do estudo inicialmente de forma verbal. Após o aceite destes, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), contendo as principais informações sobre a pesquisa, tais como relevância, justificativa, objetivos, benefícios, possíveis riscos e contatos do pesquisador principal.

Considerou-se como critério de inclusão todos os profissionais da equipe multidisciplinar que estavam trabalhando nas unidades selecionadas para o estudo, no período da coleta de dados. Dentre eles, médico, equipe de enfermagem (enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem), fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos que prestavam assistência direta aos pacientes e/ou estavam envolvidos com a gestão da UTIN. Como critérios de exclusão, não foram incluídos profissionais da equipe multidisciplinar de férias, de licença médica, licença gestação, licença prêmio durante o período da coleta de dados e profissionais da equipe multidisciplinar com menos de dois meses de trabalho na unidade, uma vez que estão em fase de adaptação e estágio probatório.

4.4 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Para a utilização do mesmo na atual pesquisa, foi obtida a autorização da agência desenvolvedora, AHRQ (ANEXO C) e da autora responsável pela adaptação transcultural do instrumento (ANEXO D).

Este instrumento possui nove seções (A, B, C, D, E, F, G, H, I) com um total de 42 itens distribuídos em 12 áreas ou dimensões de cultura de segurança do paciente. Destas dimensões, sete são referentes à unidade em que o instrumento é aplicado, três são referentes à instituição hospitalar da unidade e quatro são variáveis de resultado: *Trabalho em equipe na unidade*; *Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do*

paciente; Aprendizado organizacional – melhoria contínua; Feedback e comunicação sobre erros; Abertura para comunicação; Quadro de funcionários; Resposta não punitiva ao erro; Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; Trabalho em equipe entre as unidades do hospital; Transferências internas e passagens de plantão; Percepção geral de segurança do paciente; Frequência de eventos comunicados; Número de eventos comunicados” e Nota de segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

Para obter a opinião dos sujeitos referentes a cada dimensão da cultura de segurança do paciente listada acima, este instrumento dispõe de escala de Likert. As respostas das variáveis medidas em escala Likert variaram de 1 (Discordo totalmente/Nunca) a 5 (Concordo totalmente/Sempre).

Dessa forma, nas seções A, B e F, o respondente deve marcar sua opinião para cada afirmativa, conforme escala Likert, em que 1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não Concordo nem Discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente. Nas seções C e D, o respondente indica em cada afirmativa quantas vezes o fato ocorreu na unidade, sendo 1- Nunca; 2- Raramente; 3- Algumas vezes; 4- Frequentemente- ou 5- Sempre. Já na seção E, o respondente elege uma nota para a segurança do paciente na unidade, em que A- Excelente; B- Muito Bom; C- Regular; D- Ruim; E- Muito ruim. A seção G pergunta sobre a quantidade aproximada de eventos comunicados para a chefia nos últimos 12 meses, sendo disponibilizada opção de resposta gradual, indo de nenhum evento a 21 ou mais eventos. Na seção H, abordam-se as características profissionais dos sujeitos, sendo respondidos de acordo com as categorias disponibilizadas: tempo de trabalho no hospital; tempo de trabalho na unidade; carga horária semanal de trabalho; cargo; interação direta com pacientes; e tempo de trabalho na atual profissão. A última seção (I) dispõe de um quadro em branco para que o participante possa escrever algum comentário sobre segurança do paciente, erros ou comunicação de eventos no hospital.

Além disso, o instrumento consistia de variáveis em relação às características dos profissionais.

4.5 Variáveis

As variáveis do estudo foram classificadas em variáveis de características dos sujeitos da pesquisa, variáveis da cultura de segurança e variáveis de resultado, conforme orientações do instrumento original.

4.5.1 Variáveis de Características Profissionais dos Sujeitos

- Tempo de trabalho no hospital (H1): tempo em anos que o profissional trabalha na instituição;
- Tempo de trabalho na área/unidade (H2): tempo em anos que o profissional trabalha na unidade;
- Tempo de trabalho na especialidade/profissão (H6): tempo em anos que o profissional exerce a profissão;
- Horas de trabalho semanal (H3): número de horas de trabalho semanais exercidas pelo profissional no hospital;
- Cargo no hospital (H4): médico do corpo clínico, médico residente, enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar em enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, gestão/direção.

4.5.2 Variáveis da Cultura de Segurança

- Trabalho em equipe na unidade (Item A1, A3, A4, A11): apoio, respeito entre os funcionários e trabalho em equipe (SORRA; NIEVA, 2004);
- Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente (Item B1, B2, B3, B4): supervisores/chefia levam em consideração as sugestões da equipe a fim de melhorar a segurança do paciente; reconhecem os procedimentos de segurança realizados e não ignoram os problemas de segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004);
- Aprendizado organizacional/ melhoria contínua (Item A6, A9, A13): existe uma cultura de aprendizagem, na qual os erros geram mudanças positivas e estas geram melhorias (SORRA; NIEVA, 2004);
- Feedback e comunicação sobre erros (Item C1, C3, C5): funcionários são comunicados sobre os erros ocorridos, sobre as mudanças implementadas e discutem meios de evitar que os mesmos erros se repitam (SORRA, NIEVA, 2004);
- Abertura para comunicação (Item C2, C4, C6): os profissionais têm liberdade em relatar situações que podem afetar o paciente (SORRA; NIEVA, 2004);

- Quadro de funcionários (Item A2, A5, A7, A14): o número de funcionários é suficiente para lidar com a carga de trabalho e proporcionar o melhor atendimento aos pacientes (SORRA; NIEVA, 2004);
- Resposta não punitiva ao erro (Item A8, A12, A16): erros ocorridos e comunicação de eventos não são utilizados de maneira punitiva, e os erros não são mantidos em seu arquivo profissional (SORRA; NIEVA, 2004);
- Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (Item F1, F8, F9): a instituição proporciona um clima de trabalho adequado para a promoção da segurança do paciente e reconhece a segurança do paciente como uma prioridade (SORRA; NIEVA, 2004);
- Trabalho em equipe (Item F2, F4, F6, F10): as unidades hospitalares baseiam-se na cooperação e coordenação entre si, a fim de favorecer o melhor atendimento possível aos pacientes (SORRA; NIEVA, 2004);
- Transferências internas e passagens de plantão (Item F3, F5, F7, F11): são comunicadas informações importantes sobre o atendimento ao paciente quando ele é transferido entre as unidades hospitalares ou durante os plantões (SORRA; NIEVA, 2004).

4.5.3 Variáveis de Resultado

- Percepção geral da segurança do paciente (Item A10, A15, A17, A18).
- Frequência de eventos comunicados (Item D1, D2, D3): são comunicados erros detectados e corrigidos antes de atingir o paciente, erros sem potencial de prejudicá-lo e erros que podem prejudicá-lo (SORRA; NIEVA, 2004);
- Número de eventos comunicados (Item G): número de eventos comunicados pelo profissional ao seu supervisor/ chefia (SORRA; NIEVA, 2004);
- Nota de segurança do paciente (Item E): nota sobre a segurança do paciente na unidade de acordo com a percepção do profissional (SORRA; NIEVA, 2004).

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2016 e fevereiro de 2017 por meio do instrumento HSOPSC (ANEXO E).

Após a autorização de cada hospital, foram realizadas reuniões com as chefias de cada categoria profissional envolvida no estudo, com o objetivo de apresentar o projeto. Foi realizado um estudo piloto, com 4 profissionais de saúde seguindo o mesmo delineamento e desenvolvimento das etapas da pesquisa, visando ajustar o processo de coleta. Finalizada a etapa anterior, foi conduzida a coleta de dados propriamente dita. A apresentação do projeto foi realizada individualmente de acordo com a disponibilidade do participante e da unidade de trabalho. Nas situações em que se podia reunir mais de um participante, o projeto era apresentado coletivamente. Estas apresentações eram realizadas com os objetivos, relevância e possíveis contribuições da pesquisa. Foi também destacado o caráter voluntário, a não gratificação, a confidencialidade e o sigilo quanto à identidade do participante, riscos e benefícios.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e duas bolsistas, estas foram treinadas previamente. Aos profissionais de saúde, após assinarem e devolverem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) em duas vias foram repassadas pela pesquisadora e duas bolsistas de Iniciação Científica as instruções do autopreenchimento do instrumento de coleta de dados, que foi entregue na sequência dentro de um envelope opaco. O preenchimento do instrumento foi realizado pelo próprio participante do estudo, não constando no instrumento nenhum campo que permitisse a identificação dos sujeitos, garantindo seu sigilo e anonimato. Finalizando o preenchimento do instrumento, o mesmo foi novamente colocado no envelope, lacrado e entregue para a pesquisadora ou para uma das bolsistas da Iniciação Científica. Essas acompanharam o preenchimento dos instrumentos que ocorreram no período da manhã, tarde e noite com o intuito de contemplar todos os períodos de trabalho da equipe multiprofissional e para esclarecimentos de dúvidas que pudessem surgir no decorrer daquela etapa.

4.7 Organização e análise dos dados

Os questionários foram revisados para identificar e eliminar os que apresentassem respostas altamente assimétricas ou elevado número de dados ausentes (SORRA; NIEVA, 2004). Os questionários em que o respondente não tivesse preenchido a maior parte dos itens de pelo menos uma seção foram excluídos. Os questionários que apresentaram a mesma resposta em todos os itens foram também excluídos dessa análise, pois denotavam que o

respondente não dispensou a atenção exigida ao preenchimento do instrumento, visto que as seções continham itens reversos (SORRA; NIEVA, 2004).

Para organização dos dados, foi atribuída uma letra para cada unidade de neonatologia (A, B, C), sendo descrita em cada instrumento. Os instrumentos devolvidos receberam uma sequência numérica crescente. Os questionários foram revisados para identificar respostas duplas, ilegíveis ou rasuradas. Em respostas duplas, optou-se por manter a de maior ênfase (por exemplo, se assinaladas as respostas 1- discordo totalmente, e a resposta 2-discordo, prevaleceu a resposta 1); nas respostas ilegíveis ou rasuradas, as respostas foram consideradas como informação ausente na sentença.

As respostas das variáveis medidas em escala Likert variaram de 1 (Discordo totalmente/Nunca) a 5 (Concordo totalmente/Sempre). Estas variáveis foram recodificadas para variarem de 1 a 3, sendo que os itens respondidos com 1 e 2 foram recodificados como 1 - (resposta negativa), os itens 4 e 5 como 3 - (resposta positiva) e o item 3 como 2 - (resposta neutra). Porém, dos 42 itens medidos, 18 deles (A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9 e F11) estavam invertidos e foram recodificados para que ficassem no mesmo sentido dos demais itens de suas respectivas dimensões. Estas questões reversas foram desenvolvidas pela AHRQ com o objetivo de garantir respostas mais consistentes, tanto na escala positiva como na negativa. Dessa forma, estes itens respondidos com 1 e 2 (Discordo totalmente e discordo) foram recodificados como 3 - (resposta positiva), enquanto os itens respondidos com 4 e 5 (Concordo e Concordo totalmente) foram recodificados como 1 - (resposta negativa) e os itens que tiveram como resposta 3 foram recodificados como 2 - (resposta neutra).

As categorias profissionais foram apresentadas como médico, enfermeiro, técnico/auxiliar e outros profissionais (fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais que foram assim agrupados) por haver um número reduzido de profissionais.

Os indicadores foram criados a partir dos cálculos dos percentuais de respostas positivas dos itens de cada dimensão, sendo que para analisar a qualidade e a validade das dimensões foi verificada a dimensionalidade, confiabilidade e validade convergente. Para verificar a validade convergente, foi utilizado o critério proposto por Fornell e Larcker (1981). Ele garante tal validade caso a Variância Média Extraída - AVE, que indica o percentual médio de variância compartilhada entre o construto latente e seus itens, seja superior a 50% (HENSELER; RINGLE; SINKOVICS, 2009) ou 40% no caso de pesquisas exploratórias

(NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994). Para mensurar a confiabilidade, foi utilizado o Alfa de Cronbach (AC) e a Confiabilidade Composta (CC) (CHIN, 1998). De acordo com Tenenhaus et al. (2005), os indicadores AC e CC devem ser maiores que 0,70 para uma indicação de confiabilidade do constructo, sendo que em pesquisas exploratórias valores acima de 0,60 também são aceitos (HAIR et al., 2009). Para verificar a dimensionalidade das grandezas foi utilizado o critério da Análise Paralela (HOYLE; DUVAL, 2004) que retorna o número de fatores que devem ser retidos na Análise Fatorial Exploratória, ou seja, a quantidade de dimensões do constructo. Quando se utiliza a solução fatorial, é importante verificar se a mesma é adequada aos dados da pesquisa. Para tanto, foi utilizada a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin – KMO, que indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis. É uma medida que varia de 0,0 a 1,0, sendo que quanto mais próximo de 1,0 (unidade) mais apropriada será a amostra à aplicação da análise fatorial. É adequado aplicar a Análise Fatorial Exploratória ao conjunto de variáveis quando o KMO for maior que 0,50.

Com o intuito de comparar os indicadores em relação às variáveis caracterizadoras categóricas foram utilizados os testes de Mann-Whitney (HOLLANDER; WOLFE, 1999) e Kruskal-Wallis (HOLLANDER; WOLFE, 1999). Além disso, quando o teste de Kruskal-Wallis evidenciou diferença significativa, foi utilizado o teste de Nemenyi (HOLLANDER; WOLFE, 1999) para as comparações múltiplas. Também foi utilizada a correlação de Spearman (HOLLANDER; WOLFE, 1999) para verificar a associação entre os indicadores e as variáveis caracterizadoras ordinais.

O software utilizado nas análises foi o R (versão 3.3.2).

4.8 Aspectos ético-legais

Este projeto fundamentou-se na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, sendo submetido, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), para apreciação da câmara departamental do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e, após anuência das instituições hospitalares envolvidas, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (ANEXO A). O estudo obteve parecer favorável (número 1.862.502), sendo este o número de autorização do projeto CAAE 54459216.2.0000.5149 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 514 profissionais, correspondendo a 70% da população que atua nas três UTIN's, cenários do estudo, no período da coleta. O fluxograma de inclusão e determinação da população analisada está apresentado nas FIG. 2, 3 e 4.

Figura 2 - Fluxograma de inclusão e determinação da população estudada - Unidade A

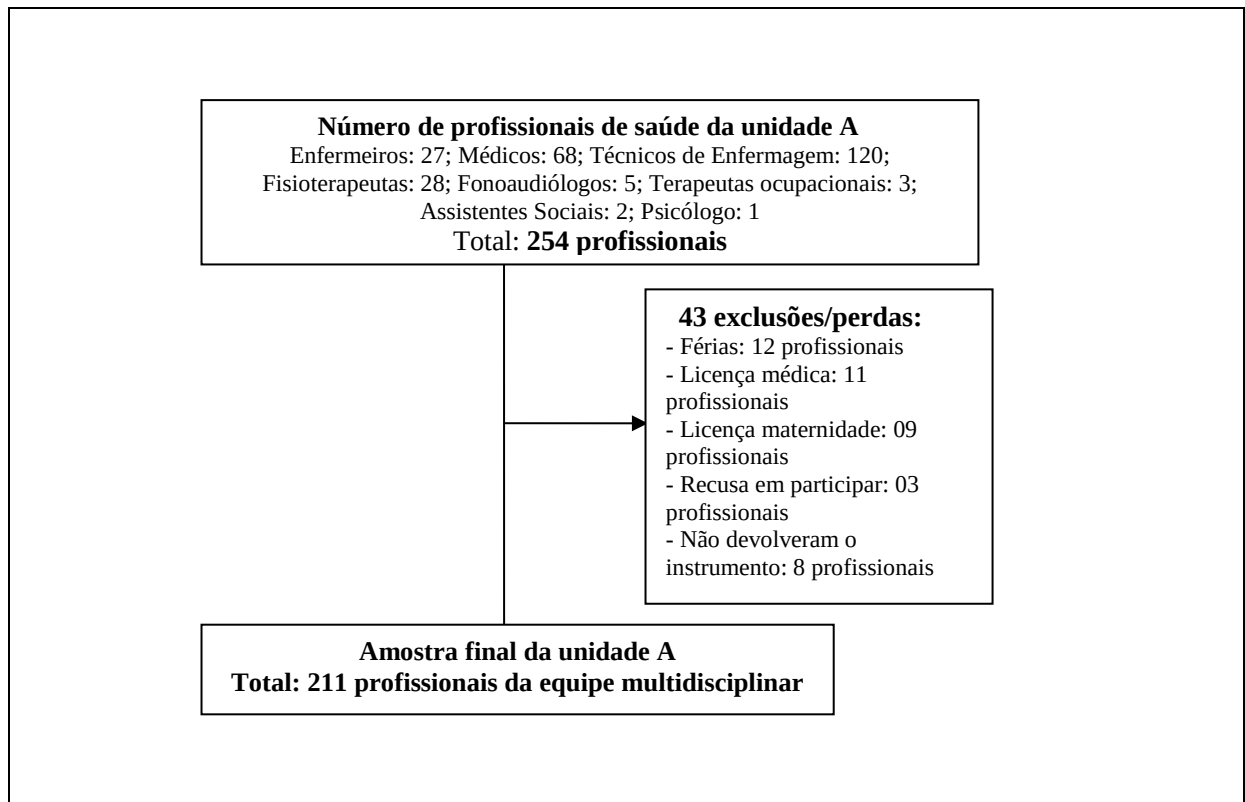


Figura 3 - Fluxograma de inclusão e determinação da população analisada - Unidade B

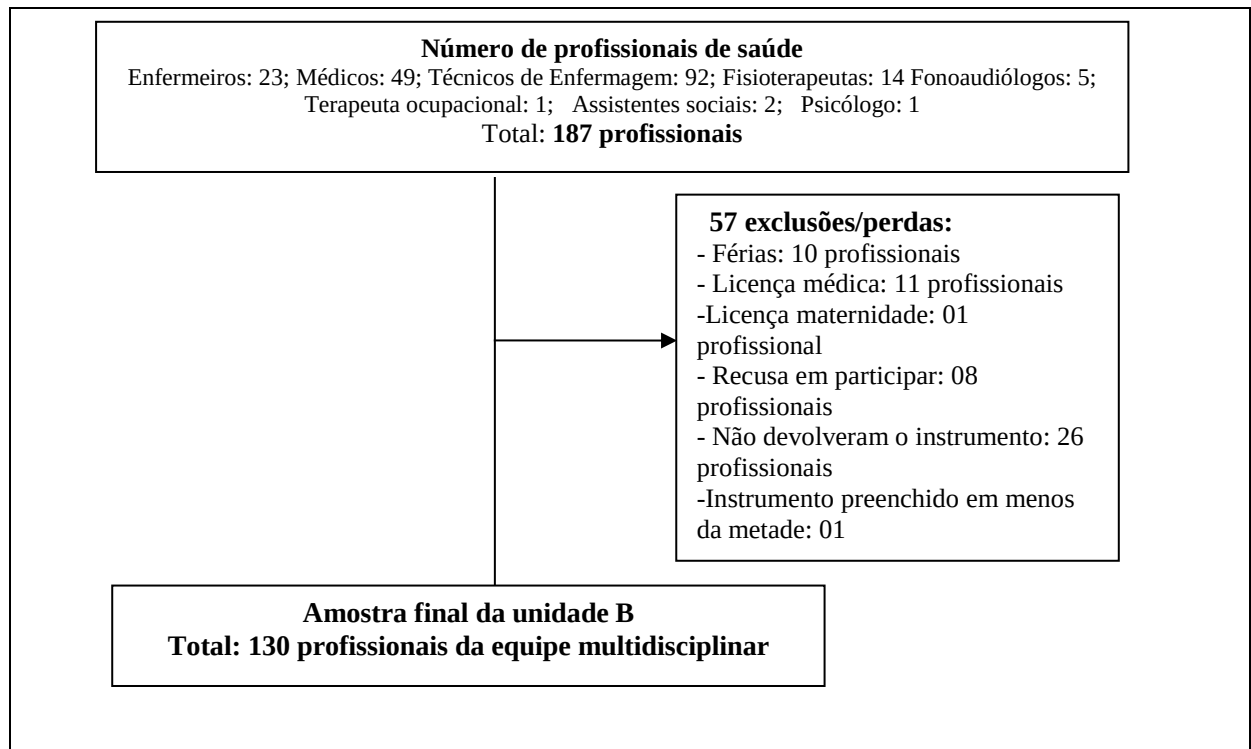
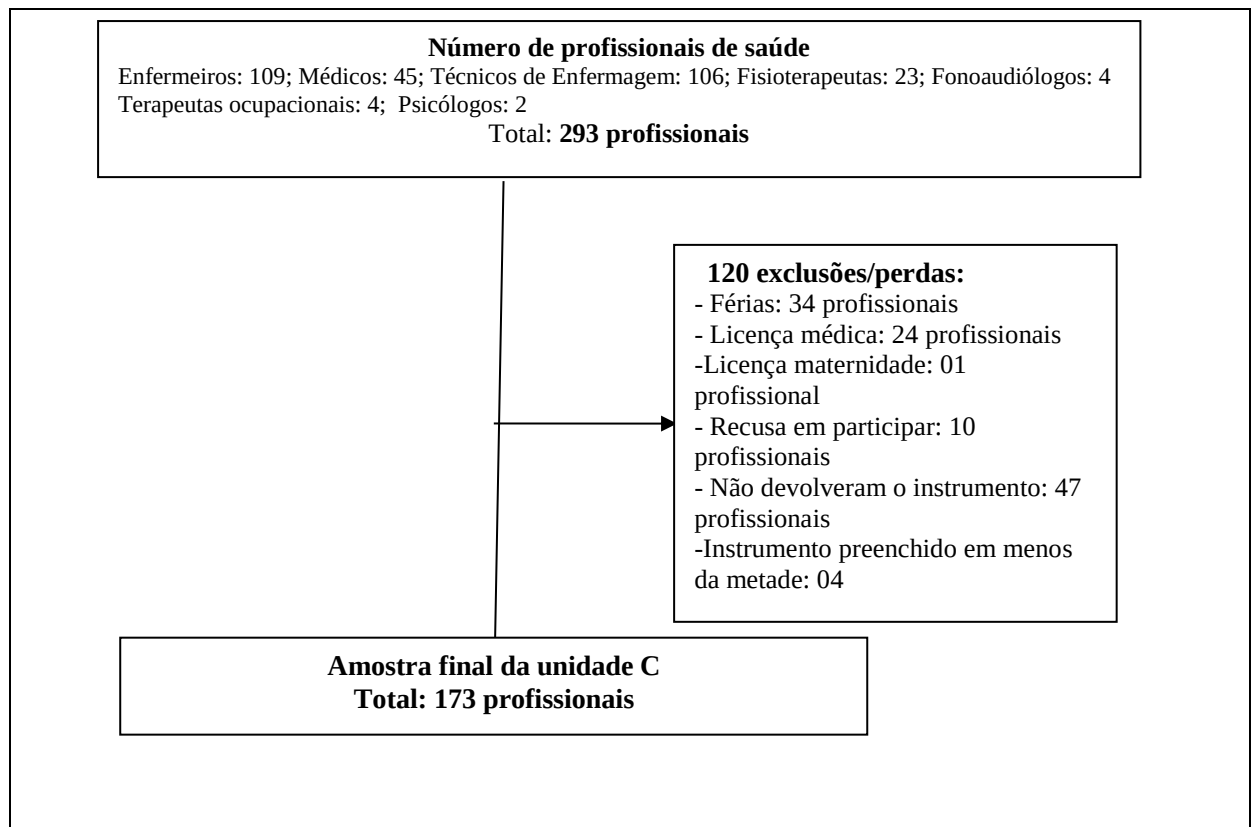


Figura 4 - Fluxograma de inclusão e determinação da população analisada - Unidade C



5.1 Características dos profissionais de saúde das três unidades de neonatologia

Dos 514 profissionais entrevistados, a maioria era do sexo feminino: 472 (92,19%). A idade predominante foi de 31 a 40 anos: 279 (54,28%). A maior parte dos indivíduos, 223 (43,39%), correspondeu à função de técnicos de enfermagem, seguido de 121 (23,54%) de enfermeiros; 91 (17,70%) corresponderam aos profissionais da fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, assistente social, psicologia, e 79 (15,37%) dos profissionais eram médicos. A distribuição das demais características analisadas está apresentada na TAB. 1.

Tabela 1 - Distribuição das características dos profissionais de saúde das unidades A, B e C em relação ao tempo de trabalho no hospital, na profissão, na unidade, carga horária semanal e grau de instrução. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

		(Continua)	
Variáveis		n	%
Tempo de trabalho no hospital (anos)	Menos de 1	49	9,68
	1 a 5	251	49,60
	6 a 10	106	20,95
	11 a 15	48	9,49
	16 a 20	24	4,74
	21 ou mais	28	5,53
Tempo de trabalho na atual área/unidade no hospital (anos)	Menos de 1	59	11,61
	1 a 5	237	46,65
	6 a 10	113	22,24
	11 a 15	52	10,24
	16 a 20	27	5,31
	21 ou mais	20	3,94
Horas por semana de trabalho no hospital (horas semanais)	Menos de 20	9	1,78
	20 a 39	243	48,12
	40 a 59	226	44,75
	60 a 79	27	5,35

Tabela 1 - Distribuição das características dos profissionais de saúde das unidades A, B e C em relação ao tempo de trabalho no hospital, na profissão, na unidade, carga horária semanal e grau de instrução. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Variáveis		n	(conclusão) %
	Segundo grau Incompleto	3	0,60
	Segundo grau Completo	143	28,46
	Ensino Superior Incompleto	48	9,49
	Ensino Superior Completo	66	13,04
	Pós-graduação (Especialização)	219	43,28
	Pós-graduação (Mestrado ou Doutorado)	26	5,14
Tempo de trabalho na profissão (anos)	Menos de 1	12	2,33
	1 a 5	140	27,24
	6 a 10	177	34,44
	11 a 15	88	17,12
	16 a 20	56	10,89
	21 ou mais	41	7,98

5.2 Comparação das características dos profissionais entre as três unidades de neonatologia

Dos 514 profissionais entrevistados nas unidades A, B e C, 211 eram profissionais da unidade A, 130 da unidade B e 173 da unidade C. O resultado encontrado na comparação entre as três unidades apresentou semelhanças em relação ao percentual global no que se refere à predominância do sexo feminino e ao item da formação com pós-graduação lato sensu.

O estudo também revelou diferenças significativas entre as variáveis de caracterização entre as unidades de neonatologia A, B e C. Com relação à carga horária semanal trabalhada, houve diferença significativa (valor-p=0,000) entre os hospitais, sendo que na unidade C 76,61% dos respondentes trabalhavam de 40 a 59 horas por semana, enquanto nas unidades A e B essa proporção foi 22,71% e 37,80%, respectivamente. Nas unidades A e B a carga horária semanal predominante foi de 20 a 39 horas por semana.

Os dados referentes à idade e ao tempo de trabalho no hospital, na unidade e na especialidade estão representados na TAB. 2.

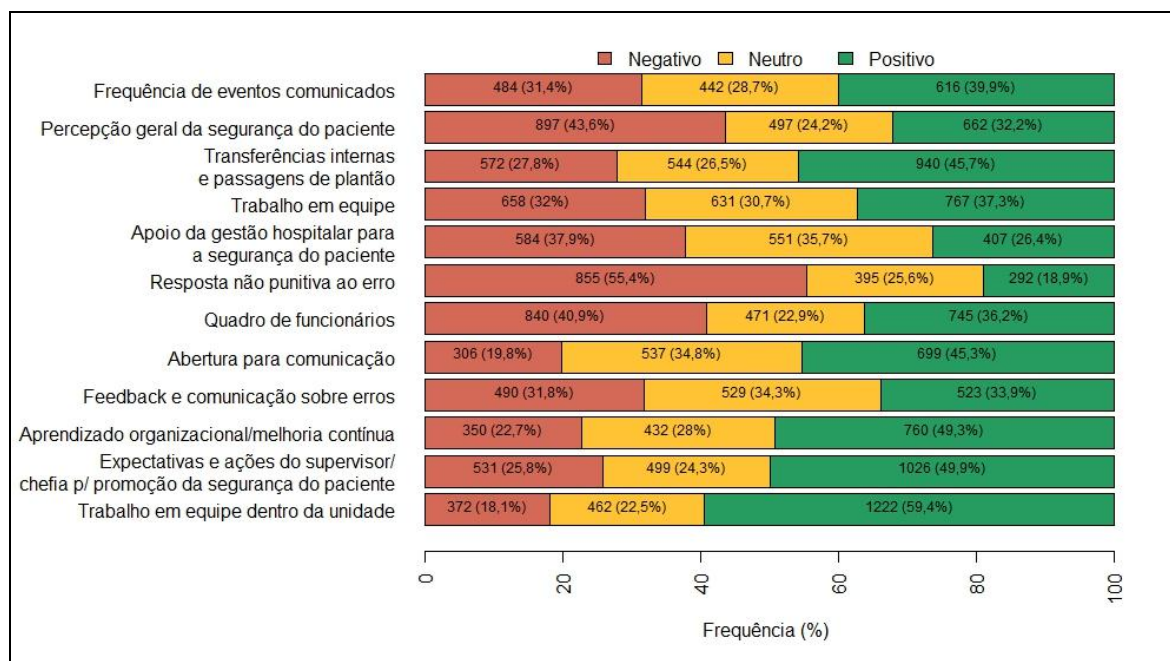
Tabela 2 - Comparação das características dos profissionais de saúde entre as três unidades em relação ao tempo de trabalho no hospital, na unidade, na profissão e cargo (N=514). Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Variáveis		A		B		C		Valor-p
		n	%	n	%	n	%	
Tempo de trabalho no hospital (anos)	Menos de 1	9	4,31	12	9,60	28	16,28	<0,001
	1 a 5	115	55,02	39	31,20	97	56,40	
	6 a 10	17	8,13	55	44,00	34	19,77	
	11 a 15	28	13,40	9	7,20	11	6,40	
	16 a 20	17	8,13	5	4,00	2	1,16	
	21 ou mais	23	11,00	5	4,00	0	0,00	
Tempo de trabalho na atual área/unidade no hospital (ano)	Menos de 1	11	5,24	15	11,90	33	19,19	<0,001
	1 a 5	113	53,81	33	26,19	91	52,91	
	6 a 10	21	10,00	57	45,24	35	20,35	
	11 a 15	28	13,33	13	10,32	11	6,40	
	16 a 20	19	9,05	6	4,76	2	1,16	
	21 ou mais	18	8,57	2	1,59	0	0,00	
Cargo/Função	Médico	46	21,80	29	22,31	4	2,31	<0,001
	Enfermeiro	24	11,37	16	12,31	81	46,82	
	Técnico e auxiliar de enfermagem	103	48,82	64	49,23	56	32,37	
	Outros	38	18,01	21	16,15	32	18,50	
Tempo de trabalho na profissão (anos)	Menos de 1	2	0,95	1	0,77	9	5,20	<0,001
	1 a 5	28	13,27	20	15,38	92	53,18	
	6 a 10	72	34,12	50	38,46	55	31,79	
	11 a 15	42	19,91	33	25,38	13	7,51	
	16 a 20	35	16,59	18	13,85	3	1,73	
	21 ou mais	32	15,17	8	6,15	1	0,58	

5.3 A cultura de segurança do paciente das três unidades de neonatologia

Considerando os 42 itens sobre segurança do paciente que constam no instrumento HSOPSC, obteve-se um total de 721 (39,55%) respostas positivas, 578 (32,27%) respostas negativas e 458 (28,17%) respostas neutras. Os itens foram agrupados em três ou quatro, formando as 12 dimensões. Dessa maneira, obtiveram-se as médias percentuais de respostas positivas, negativas e neutras de cada dimensão (GRAF.1).

Gráfico 1 - Número das respostas de cada dimensão e percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC nas três Unidades de Neonatologia de Hospitais Públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017



Seguindo orientações da *Agency for Health Research and Quality* (2011), os dados obtidos não mostraram nenhuma dimensão com escore de respostas positivas acima de 75% para ser considerada como área de força. Ou seja, das doze dimensões avaliadas, 11 tiveram caracterização como fraqueza ou oportunidades de melhoria, e nenhuma como fortaleza. No entanto, destacam-se algumas dimensões com maior percentual de respostas positivas e os itens destas dimensões que receberam melhor avaliação.

Dessa forma, ressalta-se a dimensão “*Trabalho em equipe na unidade*”, a qual se caracteriza pelo apoio, respeito entre os funcionários e trabalho em equipe (SORRA; NIEVA,

2004) que representou 1222 (59,44%) respostas positivas, sendo este o maior percentual de todas as dimensões. Esta dimensão é composta por quatro itens; destes, o melhor item avaliado foi “*Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito*”, em que 349 (67,90%) sujeitos concordaram com esta afirmação.

A segunda dimensão destacada foi “*Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente*”, a qual se caracteriza pelas atitudes do supervisor/chefia relacionadas à promoção da segurança (SORRA; NIEVA, 2004). Nesse âmbito, essa dimensão representou 1026 (49,90%) respostas positivas. Esta dimensão também é composta por quatro itens; destes, o item melhor avaliado foi “*O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente*”, em que 325 (63,23%) sujeitos discordaram dessa afirmação, refletindo positivamente na cultura de segurança.

A terceira dimensão em destaque foi “*Aprendizado organizacional - melhoria contínua*”, a qual diz respeito à cultura de aprendizagem em que os erros são estudados, levando às mudanças positivas (SORRA; NIEVA, 2004). Esta dimensão obteve 760 (49,29%) respostas positivas. Dos três itens que a compõem, o de maior destaque foi “*Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente*”, sendo que 335 (65,18%) sujeitos concordaram com esta afirmação.

Por outro lado, algumas dimensões apresentaram alto percentual de respostas negativas. Aquelas que obtiveram 50% ou mais foram classificadas como áreas críticas da cultura de segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004). Assim, a área crítica com maior percentual foi “*Resposta não punitiva ao erro*”, quando os erros ocorridos não são utilizados de maneira punitiva e nem mantidos em seu arquivo profissional (SORRA; NIEVA, 2004). Essa dimensão obteve 855 (55,45%) respostas negativas. Composta por três itens, aqueles que representaram os maiores problemas enfrentados foram “*Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles*”, com 308 (59,92%), seguido de “*Os profissionais se preocupam com que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais*”, com 294 (57,20%).

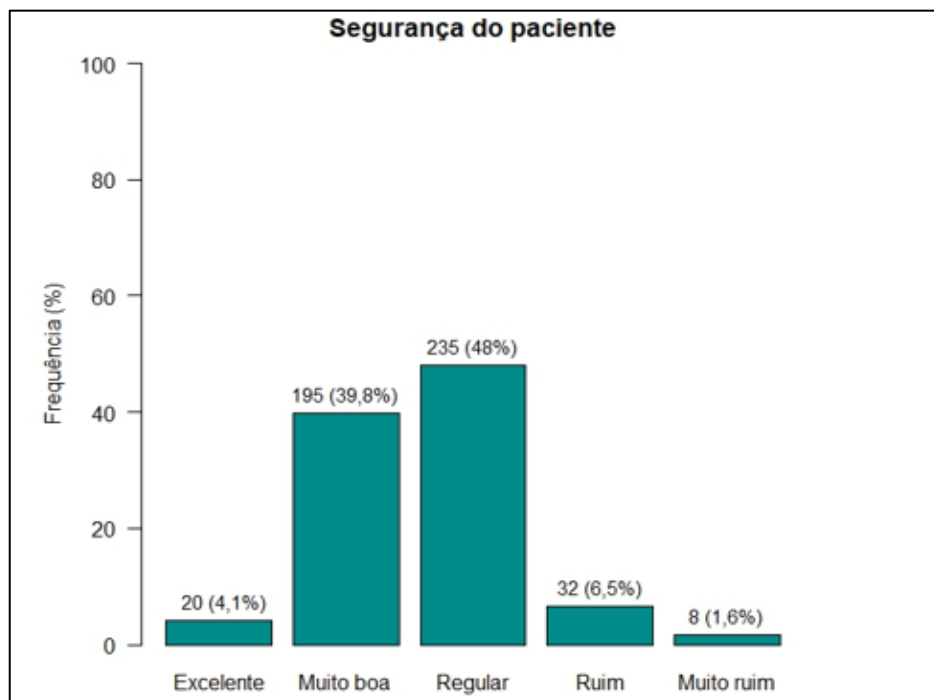
A segunda dimensão com elevado percentual de respostas negativas foi “*Percepção geral da segurança do paciente*”, a qual considera que os procedimentos e sistemas são adequados para evitar erros, enganos ou falhas e não ocorrem problemas de segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004). Esta dimensão obteve 897 (43,63%) respostas negativas, sendo que a maioria dos sujeitos, 331 (64,40%), discordou do item “*A segurança do paciente*

jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”, e ainda 267 (51,95%) deles concordaram que *“É apenas por acaso que erros mais graves não acontecem por aqui”*. Desta forma os dois últimos itens desta dimensão foram considerados como áreas críticas.

A dimensão *“Quadro de funcionários”* foi a terceira dimensão com elevado percentual de respostas negativas, a qual pressupõe que há funcionários suficientes para lidar com a carga de trabalho (SORRA; NIEVA, 2004). Esta dimensão obteve 840 (40,86%) respostas negativas, sendo que 340 (66,15%) consideraram o item *“Temos profissionais suficientes para lidar com a quantidade de trabalho”* como área crítica.

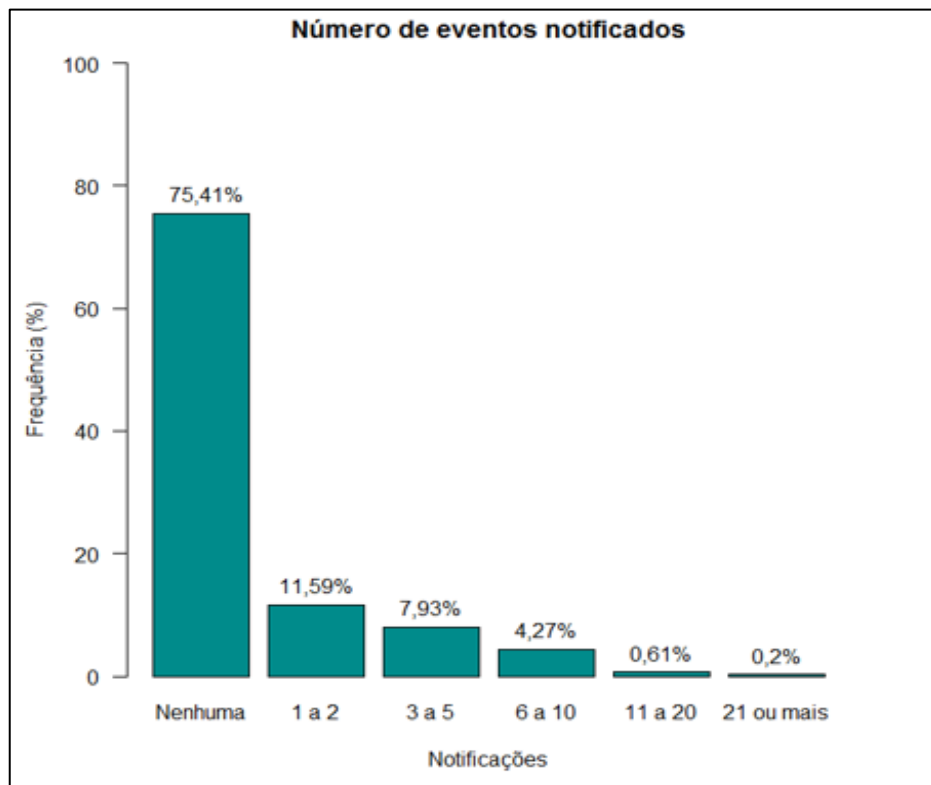
Além da avaliação das dimensões da cultura de segurança, o instrumento de coleta de dados apresentou duas variáveis de resultado da cultura, sendo uma delas a percepção do profissional sobre segurança do paciente, atribuindo uma nota para segurança na sua unidade e, ainda, o número de eventos informados pelo profissional ao supervisor/chefia nos últimos 12 meses. Sendo assim, os dados revelaram que 47,96% dos sujeitos avaliaram a cultura de segurança como Regular, e 39,8% consideraram a segurança como Muito boa (GRAF. 2).

Gráfico 2 - Média percentual de respostas sobre a nota de segurança do paciente em três Unidades de Neonatologia de Hospitais Públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017



Na segunda variável de resultado da cultura que aborda a notificação de eventos, nos últimos 12 meses, os dados apontaram que 75,41% dos entrevistados não preencheram nenhuma notificação nesse período, seguido de 11,59% de profissionais que declararam notificar em média de 1 a 2 eventos (GRAF. 3).

Gráfico 3 - Média percentual de respostas sobre o número de eventos relatados ao supervisor/chefia nos últimos doze meses em três Unidades de Neonatologia de Hospitais Públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017



5.4 Comparação da cultura de segurança do paciente entre as três equipes das unidades de neonatologia

No que se refere à cultura de segurança, o resultado das unidades A, B e C individualmente foi semelhante quando comparado ao achado geral das três unidades. Os dados obtidos não mostraram nenhuma dimensão com escore e respostas positivas acima de 75% para ser classificada como área de força, de acordo com *Agency for Health Research and Quality* (2011), nas unidades avaliadas de forma isolada. Abaixo, encontram-se exibidos os resultados individuais para as dimensões em cada unidade de neonatologia pesquisada:

Gráfico 4 - Número das respostas de cada dimensão e percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC na Unidade A. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

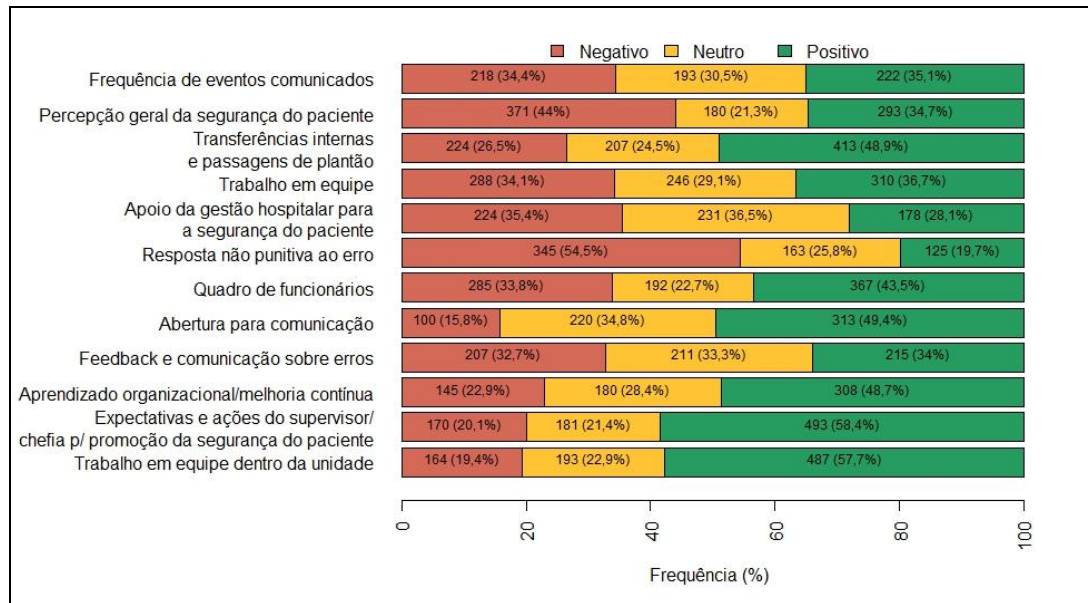


Gráfico 5 - Número das respostas de cada dimensão e percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC na Unidade B. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

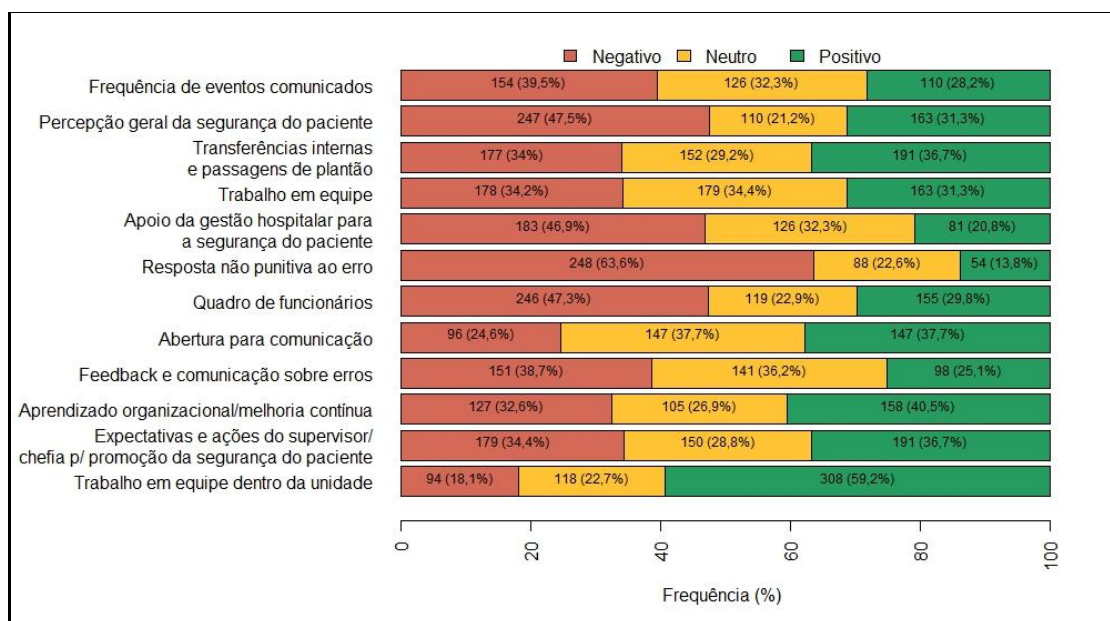
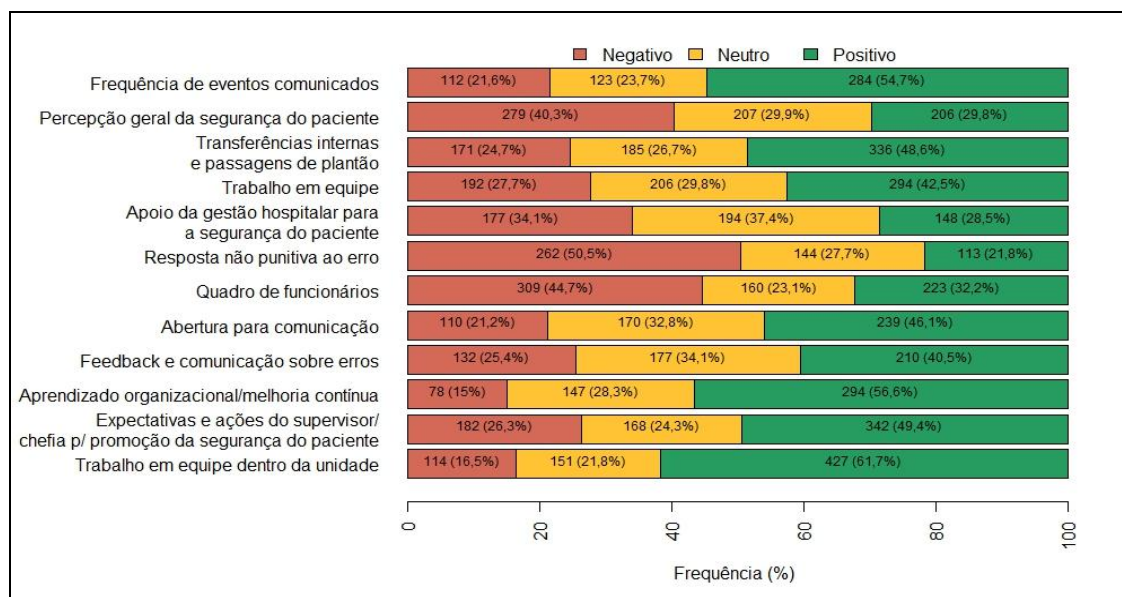


Gráfico 6 - Número das respostas de cada dimensão e percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC na Unidade C. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017



Ressalta-se que a dimensão “*Trabalho em equipe dentro da unidade*” recebeu o maior percentual de respostas positivas quando comparado à taxa global nas três unidades, sendo que na unidade C o percentual foi o mais elevado, 61,71%, e nas unidades A e B o percentual foi de 57,7% e 59,23%, respectivamente.

A segunda dimensão com a maior proporção de respostas positivas foi “*Expectativas e ações do supervisor/ chefia para promoção da segurança do paciente*”, sendo que a unidade A foi a mais bem avaliada, com 58,41% de respostas positivas. As unidades B e C apresentaram percentual de respostas positivas de 36,73% e 49,42%, respectivamente.

A terceira dimensão em destaque foi “*Aprendizado organizacional/melhoria contínua*”, em que a unidade C apresentou maior percentual em respostas positivas, com 56,65%, seguida das unidades A e B, com 48,66% e 40,51%, respectivamente.

Por outro lado, algumas dimensões apresentaram alto percentual de respostas negativas. Aquelas que obtiveram 50% ou mais foram classificadas como áreas críticas da cultura de segurança do paciente. Dessa forma, o maior percentual de respostas negativas nas três unidades foi “*Resposta não punitiva ao erro*”, sendo que na unidade B o percentual foi de 63,6%, seguido de 54,5% na unidade A e 50,5% na unidade C.

A segunda dimensão classificada como área crítica foi “*Percepção geral da segurança do paciente*”, que representou o segundo maior percentual de respostas negativas na unidade A e B, com 44% e 47,5%, respectivamente, e na unidade C atingiu o percentual de 40,3%.

A dimensão “Quadro de funcionários” atingiu os maiores percentuais de respostas negativas na unidade B, com 47,3%, e na unidade C, com 44,7%, seguido pela unidade A, com percentual de 33,8%.

Além da diferença observada na avaliação das dimensões da cultura de segurança entre os hospitais, os achados permitiram verificar diferença significativa (valor- $p < 0,001$) em relação ao número de eventos notificados pelos profissionais nos últimos 12 meses. Os entrevistados que relataram não preencher nenhuma notificação na unidade C foram 98 (59,76%) e nas unidades A e B os resultados foram 168 (81,55%) e 105 (86,07%), respectivamente.

A segunda variável de resultado da cultura, que indica a percepção do profissional sobre segurança do paciente e atribui uma nota para segurança na sua unidade, não apresentou diferença significativa (valor- $p = 0,155$) entre as unidades pesquisadas.

5.5 Comparação da cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais

Foi realizada uma comparação das variáveis de caracterização com os cargos médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e outros profissionais, conforme TAB. 3. A partir dela, pode-se destacar que houve diferença significativa (valor- $p = 0,005$) na segurança do paciente entre os cargos, sendo que, no cargo de técnico/auxiliar de enfermagem, 7,98% classificaram a segurança como excelente, enquanto para os cargos médico, enfermeiro e outros profissionais, essa proporção foi 1,35%, 0,86% e 1,15%, respectivamente.

Com relação às notificações de eventos preenchidos e notificados, houve diferença significativa (valor- $p < 0,001$), sendo que 38,14% dos enfermeiros não expuseram nenhuma notificação, enquanto que médico, técnico/ auxiliar em enfermagem e outros profissionais apresentaram a proporção de 83,54%, 88,41% e 87,50%, respectivamente.

Tabela 3 - Comparação das variáveis de segurança do paciente em relação à categoria profissional. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Variáveis		Médico		Enfermeiro		Técnico e auxiliar		Outros profissionais		Valor-p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Segurança do paciente	Excelente	1	1,35%	1	0,86%	17	7,98%	1	1,15%	0,005 ¹
	Muito boa	34	45,95%	41	35,34%	92	43,19%	28	32,18%	
	Regular	35	47,30%	64	55,17%	87	40,85%	49	56,32%	
	Ruim	4	5,41%	9	7,76%	11	5,16%	8	9,20%	
	Muito ruim	0	0,00%	1	0,86%	6	2,82%	1	1,15%	
Notificações de eventos preenchidos e notificados	Nenhuma notificação	66	83,54%	45	38,14%	183	88,41%	77	87,50%	<0,001
	1 a 2 notificações	11	13,92%	25	21,19%	15	7,25%	6	6,82%	
	3 a 5 notificações	2	2,53%	28	23,73%	7	3,38%	2	2,27%	
	6 a 10 notificações	0	0,00%	16	13,56%	2	0,97%	3	3,41%	
	11 a 20 notificações	0	0,00%	3	2,54%	0	0,00%	0	0,00%	
	21 notificações ou mais	0	0,00%	1	0,85%	0	0,00%	0	0,00%	

Ao avaliar a cultura de segurança em comparação com a categoria profissional, pode-se observar diferença significativa (valor-p < 0,05) do cargo/função em relação a alguns indicadores, segundo TAB. 4.

Houve diferença significativa (valor-p<0,001) do cargo/função quanto ao “*Trabalho em equipe na unidade*”, sendo que através do teste de comparações múltiplas teve-se que técnico e auxiliar de enfermagem tiveram mediana significativamente menor que o cargo/função referente ao médico e enfermeiro.

Quanto ao indicador “*Aprendizado organizacional/melhoria contínua*”, houve diferença significativa (valor-p = 0,001), sendo que pelo teste de comparações múltiplas, os enfermeiros apresentaram mediana significativamente maior que os técnicos e auxiliares de enfermagem e outros cargos.

O indicador “*Abertura para comunicação*” foi significativamente diferente (valor-p = 0,007), sendo que através do teste de comparações múltiplas teve-se que o enfermeiro apresentou mediana significativamente maior que a categoria outros profissionais.

Houve diferença significativa (valor-p = 0,016) do cargo/função para o “*Quadro de funcionários*”, sendo que pelo teste de comparações múltiplas, o 1º quartil do técnico de enfermagem foi relativamente maior que o cargo/função médio.

O indicador “*Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente*” apresentou diferença significativa (valor-p = 0,001) entre o cargo/função, sendo que técnico/auxiliar em enfermagem teve mediana significativamente maior que os enfermeiros e outros profissionais.

Quanto ao indicador “*Percepção geral da segurança do paciente*”, houve diferença significativa (valor-p<0,001), sendo que pelo teste de comparações múltiplas, médico apresentou 1º quartil significativamente maior que outros cargos e técnico e auxiliar em enfermagem teve 1º quartil significativamente maior que enfermeiro e outros cargos.

O indicador “*Frequência de eventos comunicados*” teve diferença significativa (valor-p<0,001), sendo que através do teste de comparações múltiplas teve-se que enfermeiro e técnico e auxiliar de enfermagem apresentaram mediana significativamente maior que médico e outros.

Tabela 4 - Comparação dos indicadores de cultura de segurança entre os cargos/funções. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

(Continua)					
Indicadores	Cargo/Função	N	1º Q	2º Q	3º Q Valor-p ¹
Trabalho em equipe na unidade	Médico	79	0,50	0,75	1,00
	Enfermeiro	121	0,50	0,75	1,00
	Técnico e auxiliar de enfermagem	223	0,25	0,50	0,88
	Outros	91	0,25	0,50	1,00
Expectativas e ações do supervisor/chefia para a segurança	Médico	79	0,25	0,75	1,00
	Enfermeiro	121	0,25	0,50	0,75
	Técnico e auxiliar de enfermagem	223	0,25	0,50	0,75
	Outros	91	0,13	0,50	0,75
Aprendizado organizacional/melhoria contínua	Médico	79	0,00	0,33	0,83
	Enfermeiro	121	0,33	0,67	1,00
	Técnico e auxiliar de enfermagem	223	0,33	0,33	0,67
	Outros	91	0,00	0,33	0,67

Tabela 4 - Comparação dos indicadores de cultura de segurança entre os cargos/funções. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

		(continuação)			
Indicadores	Cargo/Função	N	1º Q	2º Q	3º Q Valor-p ¹
Feedback e comunicação sobre erros	Médico	79	0,00	0,33	0,67
	Enfermeiro	121	0,00	0,33	0,67
	Técnico e auxiliar de enfermagem	223	0,00	0,33	0,67
	Outros	91	0,00	0,33	0,67
Abertura para comunicação	Médico	79	0,33	0,67	0,67
	Enfermeiro	121	0,33	0,67	0,67
	Técnico e auxiliar de enfermagem	223	0,00	0,33	0,67
	Outros	91	0,00	0,33	0,67
Quadro de funcionários	Médico	79	0,00	0,25	0,50
	Enfermeiro	121	0,25	0,25	0,50
	Técnico e auxiliar de enfermagem	223	0,25	0,25	0,50
	Outros	91	0,25	0,25	0,50
Resposta não punitiva ao erro	Médico	79	0,00	0,00	0,33
	Enfermeiro	121	0,00	0,00	0,33
	Técnico e auxiliar de enfermagem	223	0,00	0,00	0,33
	Outros	91	0,00	0,00	0,33
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	Médico	79	0,00	0,00	0,33
	Enfermeiro	121	0,00	0,00	0,33
	Técnico e auxiliar de enfermagem	223	0,00	0,33	0,67
	Outros	91	0,00	0,00	0,33
Trabalho em equipe	Médico	79	0,25	0,50	0,75
	Enfermeiro	121	0,25	0,25	0,75
	Técnico e auxiliar de enfermagem	223	0,00	0,25	0,50
	Outros	91	0,00	0,25	0,50

Tabela 4 - Comparação dos indicadores de cultura de segurança entre os cargos/funções. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

		(conclusão)			
Indicadores	Cargo/Função	N	1º Q	2º Q	3º Q Valor-p ¹
Transferências internas e passagens de plantão	Médico	79	0,25	0,50	0,75
	Enfermeiro	121	0,25	0,50	0,75
	Técnico e auxiliar de enfermagem	223	0,25	0,50	0,75
	Outros	91	0,00	0,25	0,75
Percepção geral da segurança do paciente	Médico	79	0,25	0,25	0,50
	Enfermeiro	121	0,00	0,25	0,50
	Técnico e auxiliar de enfermagem	223	0,25	0,25	0,50
	Outros	91	0,00	0,25	0,25
Frequência de eventos comunicados	Médico	79	0,00	0,00	0,67
	Enfermeiro	121	0,00	0,33	1,00
	Técnico e auxiliar de enfermagem	223	0,00	0,33	1,00
	Outros	91	0,00	0,00	0,67

A comparação dos indicadores de cultura de segurança também foi realizada entre as unidades, considerando cada categoria profissional, conforme TAB. 5.

Na dimensão “*Expectativas e ações do supervisor/chefia para a segurança*”, com relação ao médico, houve diferença significativa (valor-p = 0,019) entre as unidades, sendo que os indivíduos da unidade A tiveram média significativamente maior que os respondentes da unidade B. Quanto ao enfermeiro, houve diferença significativa (valor-p < 0,001) entre as unidades, sendo que os indivíduos da unidade A apresentaram média significativamente maior que das demais unidades. Considerando o técnico/ auxiliar de enfermagem, houve diferença significativa (valor-p = 0,006) entre as unidades, sendo que os indivíduos da unidade B tiveram média de concordância significativamente menor que das demais unidades.

No item “*Aprendizado organizacional/melhoria contínua*”, considerando a categoria médica, houve diferença significativa (valor-p = 0,045) entre as unidades, sendo que os respondentes da unidade A apresentaram média de concordância marginalmente maior que os indivíduos da unidade C. Em relação ao enfermeiro, houve diferença significativa (valor-p = 0,001) entre as unidades, uma vez que os respondentes da unidade C tiveram média do indicador significativamente maior que os indivíduos da unidade B. Considerando o

técnico/auxiliar de enfermagem, houve diferença significativa (valor-p = 0,041) entre as unidades, sendo que os respondentes da unidade C apresentaram média significativamente maior que os indivíduos da unidade B.

Em relação ao “*Feedback e comunicação sobre erros*”, considerando o técnico/auxiliar de enfermagem, houve diferença significativa (valor-p = 0,010) entre as unidades, sendo que os respondentes da unidade C tiveram média do percentual de respostas positivas do indicador significativamente maior que os indivíduos da unidade B.

Quanto ao indicador “*Abertura para comunicação*”, em relação ao técnico/auxiliar de enfermagem, houve diferença significativa (valor-p = 0,007) entre as unidades, sendo que os respondentes da unidade B tiveram média significativamente menor que das demais unidades.

No item “*Quadro de funcionários*”, considerando o técnico/auxiliar de enfermagem, houve diferença significativa (valor-p = 0,002) entre as unidades, sendo que os respondentes da unidade A tiveram média significativamente maior que os respondentes das demais unidades. Em relação à categoria outros profissionais, houve diferença significativa (valor-p = 0,003) entre as unidades, uma vez que os respondentes da unidade A tiveram média significativamente maior que os indivíduos da unidade B.

Em relação ao indicador “*Resposta não punitiva ao erro*”, considerando o técnico/auxiliar de enfermagem, houve diferença significativa (valor-p = 0,004) entre as unidades, sendo que os respondentes da unidade B apresentaram média significativamente maior que os indivíduos da unidade C.

Quanto ao item “*Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente*”, considerando o médico, houve diferença significativa (valor-p = 0,018) entre as unidades, sendo que os respondentes da unidade A tiveram média significativamente maior que os respondentes da unidade B.

No item “*Trabalho em equipe*”, considerando o técnico/auxiliar de enfermagem, houve diferença significativa (valor-p < 0,001) entre as unidades, sendo que os respondentes da unidade C tiveram média significativamente maior que os indivíduos das demais unidades.

Quanto ao indicador “*Transferências internas e passagens de plantão*”, em relação ao técnico/auxiliar de enfermagem, houve diferença significativa (valor-p = 0,004) entre as unidades, sendo que os indivíduos da unidade B tiveram média significativamente menor que das demais unidades.

O último indicador em que se puderam constatar diferenças significativas foi “*Frequência de eventos comunicados*”. Considerando o enfermeiro, houve diferença

significativa (valor-p = 0,004) entre as unidades, sendo que os respondentes da unidade C tiveram média significativamente maior que os indivíduos da unidade B. Em relação ao técnico/auxiliar de enfermagem, houve diferença significativa (valor-p = 0,003) entre as unidades, uma vez que os respondentes da unidade C tiveram média significativamente maior que os indivíduos da unidade B. Considerando a categoria outros profissionais, houve diferença significativa (valor-p = 0,019) entre as unidades, sendo que os respondentes da unidade C tiveram média significativamente maior que os indivíduos da unidade B.

Tabela 5 - Comparação dos indicadores entre os hospitais, considerando o cargo/função. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

(Continua)

(Continua)

Variáveis		UNIDADE						Valor-p ¹
		A		B		C		
		Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Trabalho em equipe na unidade	Médico	0,77	0,04	0,64	0,07	0,56	0,21	0,226
	Enfermeiro	0,57	0,07	0,78	0,06	0,67	0,04	0,162
	Técnico e auxiliar de enfermagem	0,52	0,04	0,48	0,04	0,55	0,05	0,604
	Outros profissionais	0,51	0,06	0,73	0,06	0,60	0,06	0,081
Expectativas e ações do supervisor/chefia para a segurança	Médico	0,67	0,05	0,42	0,08	0,31	0,19	0,019
	Enfermeiro	0,81	0,06	0,36	0,07	0,50	0,04	<0,001
	Técnico e auxiliar de enfermagem	0,49	0,04	0,34	0,04	0,51	0,05	0,006
	Outros profissionais	0,59	0,06	0,39	0,09	0,46	0,06	0,112
Aprendizado organizacional/melhoria contínua	Médico	0,54	0,05	0,43	0,07	0,08	0,08	0,045
	Enfermeiro	0,53	0,08	0,33	0,08	0,67	0,04	0,001
	Técnico e auxiliar de enfermagem	0,48	0,03	0,41	0,04	0,57	0,05	0,041
	Outros profissionais	0,42	0,06	0,41	0,08	0,35	0,06	0,770
Feedback e comunicação sobre erros	Médico	0,38	0,06	0,22	0,05	0,17	0,10	0,185
	Enfermeiro	0,42	0,08	0,23	0,08	0,45	0,04	0,069
	Técnico e auxiliar de enfermagem	0,33	0,04	0,23	0,04	0,43	0,05	0,010
	Outros profissionais	0,26	0,05	0,38	0,09	0,27	0,05	0,591
Abertura para comunicação	Médico	0,57	0,05	0,41	0,07	0,25	0,16	0,066
	Enfermeiro	0,65	0,06	0,44	0,07	0,50	0,04	0,064
	Técnico e auxiliar de enfermagem	0,47	0,04	0,32	0,04	0,50	0,05	0,007
	Outros profissionais	0,38	0,05	0,46	0,08	0,31	0,06	0,332

Tabela 5 - Comparação dos indicadores entre os hospitais, considerando o cargo/função. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

(conclusão)

Variáveis		UNIDADE						Valor- p ¹
		A		B		C		
		Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
	Enfermeiro	0,42	0,06	0,41	0,07	0,32	0,02	0,264
	Técnico e auxiliar de enfermagem	0,47	0,03	0,33	0,03	0,36	0,04	0,002
	Outros profissionais	0,45	0,04	0,23	0,05	0,30	0,03	0,003
Resposta não punitiva ao erro	Médico	0,16	0,03	0,10	0,03	0,08	0,08	0,492
	Enfermeiro	0,28	0,05	0,15	0,05	0,19	0,03	0,096
	Técnico e auxiliar de enfermagem	0,22	0,03	0,13	0,03	0,27	0,04	0,004
	Outros profissionais	0,14	0,04	0,22	0,05	0,23	0,04	0,150
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	Médico	0,36	0,06	0,10	0,04	0,08	0,08	0,018
	Enfermeiro	0,14	0,05	0,19	0,09	0,25	0,04	0,361
	Técnico e auxiliar de enfermagem	0,31	0,03	0,28	0,04	0,39	0,04	0,122
	Outros profissionais	0,21	0,05	0,14	0,05	0,23	0,06	0,731
Trabalho em equipe	Médico	0,47	0,05	0,35	0,05	0,13	0,13	0,072
	Enfermeiro	0,34	0,05	0,31	0,05	0,43	0,04	0,242
	Técnico e auxiliar de enfermagem	0,34	0,03	0,27	0,04	0,48	0,04	<0,001
	Outros profissionais	0,34	0,05	0,39	0,08	0,34	0,05	0,903
Transferências internas e passagens de plantão	Médico	0,57	0,05	0,41	0,07	0,31	0,16	0,085
	Enfermeiro	0,44	0,07	0,39	0,11	0,51	0,04	0,399
	Técnico e auxiliar de enfermagem	0,50	0,03	0,35	0,04	0,50	0,04	0,004
	Outros profissionais	0,40	0,05	0,35	0,08	0,42	0,06	0,685
Percepção geral da segurança do paciente	Médico	0,39	0,04	0,27	0,05	0,19	0,12	0,074
	Enfermeiro	0,24	0,04	0,28	0,06	0,28	0,03	0,850
	Técnico e auxiliar de enfermagem	0,38	0,03	0,36	0,04	0,42	0,04	0,628
	Outros profissionais	0,28	0,04	0,25	0,06	0,16	0,03	0,127
Frequência de eventos comunicados	Médico	0,28	0,06	0,21	0,07	0,25	0,25	0,649
	Enfermeiro	0,38	0,08	0,21	0,10	0,58	0,05	0,004
	Técnico e auxiliar de enfermagem	0,46	0,04	0,31	0,05	0,60	0,06	0,003
	Outros profissionais	0,14	0,05	0,37	0,10	0,42	0,08	0,019

5.6 Correlação das dimensões da cultura de segurança em relação à segurança do paciente e notificação de eventos

Em relação à nota da segurança do paciente, houve correlação positiva e significativa com todos os indicadores, como mostra a TAB. 6. Esse resultado significa que, quanto maiores os valores nas dimensões, maior tende a ser a segurança do paciente e vice-versa.

Tabela 6 - Correlação dos indicadores da cultura de segurança com relação à segurança do paciente e notificação de eventos em Unidades de Neonatologia de Hospitais Públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Indicadores	Segurança do paciente		Notificação de eventos	
	r ¹	Valor-p	r ¹	Valor-p
Trabalho em equipe na unidade	0,24	<0,001	0,08	0,081
Expectativas e ações do supervisor/chefia para a segurança	0,22	<0,001	0,14	0,002
Aprendizado organizacional/melhoria contínua	0,34	<0,001	0,09	0,047
Feedback e comunicação sobre erros	0,33	<0,001	0,11	0,012
Abertura para comunicação	0,20	<0,001	0,02	0,619
Quadro de funcionários	0,17	<0,001	-0,01	0,864
Resposta não punitiva ao erro	0,18	<0,001	0,08	0,080
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	0,40	<0,001	-0,05	0,315
Trabalho em equipe	0,27	<0,001	0,05	0,236
Transferências internas e passagens de plantão	0,32	<0,001	-0,01	0,747
Percepção geral da segurança do paciente	0,39	<0,001	-0,14	0,002
Frequência de eventos comunicados	0,33	<0,001	0,09	0,048

Nota: ¹Correlação de Spearman.

Com relação à notificação de eventos, houve correlação positiva ($r = 0,14$) e significativa (valor-p = 0,002) no item “*Expectativas e ações do supervisor/chefia para a segurança*”, sendo que, quando a chefia considera as sugestões da equipe e não ignora os problemas de segurança, maior tende a ser a notificação de eventos.

A correlação do indicador “*Aprendizado organizacional/melhoria contínua*” com a notificação de eventos foi significativa (valor-p = 0,047) e positiva ($r = 0,09$), sendo que quando há uma busca pela melhoria contínua, maior é a notificação de eventos.

Houve correlação significativa (valor-p = 0,012) e positiva ($r = 0,11$) do item “*Feedback e comunicação sobre erros*”. Ou seja, quando os funcionários são envolvidos no processo e recebem feedback, maior tende a ser a notificação de eventos.

Apresentou também correlação significativa (valor-p = 0,048) e positiva ($r = 0,33$) a “*Frequência de eventos comunicados*” com a notificação de eventos; ou seja, quanto maior a existência de erros, maior é a notificação de eventos.

Por outro lado, houve correlação negativa ($r = -0,14$) e significativa (valor-p = 0,002) a dimensão “*Percepção geral da segurança do paciente*” com a notificação de eventos, sendo que, quanto melhor a percepção da segurança do paciente, menor foi a notificação de eventos.

5.7 Correlação das dimensões da cultura de segurança em relação ao tempo de trabalho no hospital, na área/unidade, na especialidade e carga horária semanal

Neste estudo também foi realizada uma correlação dos itens de cultura de segurança com indicadores tempo de trabalho no hospital, na área/unidade e na especialidade, como será mostrado na TAB. 7.

Pode-se notar que houve correlação negativa ($r = -0,10$) e significativa (valor-p = 0,031) do “*Feedback e comunicação sobre erros*” com o tempo de trabalho no hospital, sendo que, quanto maior for o valor do indicador, menor tende a ser o tempo de trabalho no hospital.

A “*Frequência de eventos comunicados*” teve correlação negativa ($r = -0,10$) e significativa (valor-p = 0,027) com o tempo de trabalho no hospital, sendo que, quanto maior o valor deste indicador, menor tende a ser o tempo de trabalho no hospital e vice-versa.

Houve correlação negativa ($r = -0,10$) e significativa (valor-p = 0,018) do “*Feedback e comunicação sobre erros*” com o tempo de trabalho na área/unidade, sendo que, quanto maior o valor do indicador, menor tende a ser o tempo de trabalho na área/unidade.

O “*Quadro de funcionários*” teve uma correlação positiva ($r = 0,10$) e significativa (valor-p = 0,026) com o tempo de trabalho na área/unidade, sendo que, quanto maior o valor do indicador quadro de funcionários, maior tende a ser o tempo de trabalho na área/unidade.

Houve correlação positiva ($r = 0,10$) e significativa (valor-p = 0,022) do “*Feedback e comunicação sobre erros*” com as horas por semana trabalhadas, sendo que, quanto maior o valor deste indicador, maiores tendem a ser as horas por semana trabalhadas e vice-versa.

Em relação ao “*Quadro de funcionários*”, houve uma correlação negativa ($r = -0,09$) e significativa (valor-p = 0,035) com as horas por semana trabalhadas, ou seja, quanto maior o valor do indicador, menores tendem a ser as horas por semana trabalhadas.

Houve correlação positiva ($r = 0,14$) e significativa (valor-p = 0,002) da “*Frequência de eventos comunicados*” com as horas por semana trabalhadas, sendo que, quanto maior for a frequência de eventos comunicados, maiores tendem a ser as horas por semana trabalhadas.

Houve correlação positiva ($r = 0,14$) e significativa (valor-p = 0,002) do “*Quadro de funcionários*” com o tempo de trabalho na especialidade ou área, sendo que, quanto maior o valor do indicador, maior tende a ser o tempo de trabalho na especialidade ou área.

Houve correlação negativa ($r = -0,10$) e significativa (valor-p = 0,019) da “*Frequência de eventos comunicados*” com o tempo de trabalho na especialidade ou área, sendo que, quanto maior o valor deste indicador, menor tende a ser o tempo de trabalho na especialidade ou área.

Tabela 7 - Correlação dos indicadores de cultura de segurança com o tempo de trabalho no hospital, na unidade/área, na especialidade e horas por semana trabalhadas em Unidades de Neonatologia de Hospitais Públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Correlação	Tempo de trabalho no hospital		Tempo de trabalho na área/unidade		Horas por semana trabalhadas		Tempo de trabalho na especialidade ou área	
	r ¹	Valor-p	r ¹	Valor-p	r ¹	Valor-p	r ¹	Valor-p
Trabalho em equipe na unidade	0,05	0,282	0,01	0,760	-0,06	0,190	0,02	0,658
Expectativas e ações do supervisor/chefia para a segurança	-0,05	0,271	-0,07	0,103	-0,03	0,453	-0,01	0,821
Aprendizado organizacional/melhoria contínua	-0,02	0,688	-0,03	0,456	0,08	0,079	-0,05	0,257
Feedback e comunicação sobre erros	-0,10	0,031	-0,10	0,018	0,10	0,022	-0,06	0,153
Abertura para comunicação	0,04	0,387	0,05	0,298	-0,04	0,410	0,03	0,488
Quadro de funcionários	0,07	0,126	0,10	0,026	-0,09	0,035	0,14	0,002
Resposta não punitiva ao erro	<0,001	0,916	<0,001	0,966	0,08	0,074	-0,04	0,337
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	0,02	0,702	0,01	0,741	0,02	0,617	0,04	0,316
Trabalho em equipe	-0,06	0,187	-0,08	0,088	0,07	0,130	-0,06	0,205
Transferências internas e passagens de plantão	-0,08	0,080	-0,06	0,203	0,00	0,918	-0,04	0,361
Percepção geral da segurança do paciente	-0,02	0,624	<0,001	0,940	-0,06	0,153	0,03	0,508
Frequência de eventos comunicados	-0,10	0,027	-0,08	0,088	0,14	0,002	-0,10	0,019

5.8 Correlação dos indicadores de cultura de segurança com o grau de instrução e a idade

Foi possível também correlacionar os itens de cultura de segurança com o grau de instrução e idade, como será mostrado na TAB. 8. Os dados mostraram correlação positiva ($r = 0,16$) e significativa (valor- $p < 0,001$) do “*Trabalho em equipe na unidade*” com o grau de instrução, sendo que, quanto maior o valor deste indicador, maior tende a ser o grau de instrução.

Houve também correlação positiva ($r = 0,09$) e significativa (valor- $p = 0,039$) das “*Expectativas e ações do supervisor/chefia para a segurança*” com o grau de instrução, sendo que, quanto maior for o valor do indicador, maior tende a ser o grau de instrução.

A correlação do “*Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente*” com o grau de instrução foi negativa ($r = -0,15$) e significativa (valor- $p = 0,001$), ou seja, quanto maior for o valor do apoio da gestão hospitalar, menor tende a ser o grau de instrução do indivíduo.

Houve correlação negativa ($r = -0,18$) e significativa (valor- $p < 0,001$) da “*Percepção geral da segurança do paciente*” com o grau de instrução, sendo que, quanto maior a percepção geral, menor tende a ser o grau de instrução.

Houve correlação negativa ($r = -0,12$) e significativa (valor- $p = 0,005$) da “*Frequência de eventos comunicados*” com o grau de instrução, sendo que, quanto maior for a frequência de eventos comunicados, menor tende a ser o grau de instrução.

Em relação ao “*Quadro de funcionários*”, houve correlação positiva ($r = 0,14$) e significativa (valor- $p = 0,001$) com a idade, ou seja, quanto maior for o valor deste indicador, maior tende a ser a idade.

Houve correlação positiva ($r = 0,10$) e significativa (valor- $p = 0,022$) da “*Percepção geral da segurança do paciente*” com a idade, ou seja, quanto maior for o valor deste indicador, maior tende a ser a idade.

Tabela 8 - Correlação dos indicadores de cultura de segurança com o grau de instrução e idade em Unidades de Neonatologia de Hospitais Públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Correlação	Grau de instrução		Idade	
	r ¹	Valor-p	r ¹	Valor-p
Trabalho em equipe na unidade	0,16	<0,001	0,08	0,087
Expectativas e ações do supervisor/chefia para a segurança	0,09	0,039	0,02	0,659
Aprendizado organizacional/melhoria contínua	0,00	0,963	-0,03	0,435
<i>Feedback</i> e comunicação sobre erros	-0,05	0,283	-0,01	0,827
Abertura para comunicação	0,06	0,175	<0,01	0,952
Quadro de funcionários	-0,05	0,253	0,14	0,001
Resposta não punitiva ao erro	-0,05	0,278	0,06	0,149
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	-0,15	0,001	0,08	0,076
Trabalho em equipe	0,03	0,441	-0,03	0,435
Transferências internas e passagens de plantão	-0,01	0,738	-0,05	0,222
Percepção geral da segurança do paciente	-0,18	0,000	0,10	0,022
Frequência de eventos comunicados	-0,12	0,005	-0,02	0,696

Nota: ¹Correlação de Spearman.

6 DISCUSSÃO

De acordo com a caracterização da amostra, esta foi majoritariamente composta pelo sexo feminino, o que pode ser justificado pelo crescimento contínuo das mulheres no setor de saúde (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013). Esse dado remete a uma questão de gênero pela dupla jornada de trabalho enfrentada pela mulher, que, além de profissional de saúde, é esposa, mãe, e/ou dona-de-casa, o que intensifica sua carga de trabalho e pode influenciar a sua atuação profissional e inclusive a segurança do paciente (LIMA JUNIOR; ALCHIERI; MAIA, 2009).

Entre os respondentes, destacaram-se os profissionais ligados à área de Enfermagem, achado semelhante a outras pesquisas e condizente com o fato de esses profissionais constituírem o maior contingente entre o conjunto de profissionais que trabalham nessas instituições (REIS, 2013; RODRIGUES, 2016).

No que se refere ao tempo de trabalho no hospital, quase metade dos indivíduos tem entre 1 e 5 anos. Esse achado pode ser justificado pelos concursos públicos realizados nos últimos 5 anos, em que houve grande entrada de profissionais em dois dos três hospitais estudados. Ressalta-se que o tempo de atuação dos profissionais na instituição constitui um importante indicador para a segurança do paciente, pois a rotatividade dos profissionais na unidade hospitalar pode comprometer a segurança do paciente (REIS, 2013). Dessa forma, sugere-se a capacitação dos profissionais admitidos com estratégias educativas e a manutenção da educação permanente, de forma que a equipe de saúde seja habilitada para seguir as mesmas normas/protocolos de segurança com responsabilidades compartilhadas (WEGNER et al., 2016).

Os resultados apontaram que, dos 311 profissionais com curso superior, 245 possuem Pós-graduação. Estudo em diferentes países indicam que instituições que possuem maior qualificação profissional apresentam melhores resultados em saúde e na promoção de segurança, com redução de taxas de infecção hospitalar, quedas, lesões, erros de medicação, contribuindo com decréscimos significantes no tempo de permanência nas instituições de saúde e na mortalidade dos pacientes (PEDREIRA, 2009). Considerando que 78,8% dos profissionais de nível superior possuem pós-graduação, infere-se que essas pessoas possam contribuir para o desenvolvimento de práticas seguras de cuidado, tendo em vista que a formação acadêmica contribui para a instrumentalização do profissional de saúde para uma atuação crítica e reflexiva.

Em relação à carga horária semanal, os participantes do estudo trabalham entre 20 a 39 horas por semana, o que pode sugerir que esses profissionais possuem outro vínculo empregatício, implicando o acúmulo de carga horária e influenciando também na segurança do paciente. Os trabalhadores da área da saúde frequentemente realizam carga horária elevada, trabalhando de modo excessivo. O excesso de trabalho parece favorecer adoecimentos mentais e/ou físicos em trabalhadores da área da saúde, além de facilitar a ocorrência de absenteísmos, acidentes de trabalho, erros de medicação, exaustão, sobrecarga laboral e ausência de lazer. Cuidar de profissionais que oferecem serviços de saúde pode ser estratégia fundamental, uma vez que bons atendimentos aos usuários dependem, principalmente, de equipes saudáveis (DALRI et al., 2014).

Houve diferenças significativas de acordo com os indicadores analisados, porém nenhuma das três unidades apresentou escore geral positivo acima de 75% para ser classificada como área de força. Esse resultado representa que a cultura de segurança não está integralmente instituída, o que é semelhante na grande maioria das pesquisas realizadas em outros estados brasileiros e nas internacionais, que também não obtiveram nenhuma dimensão classificada como área de força (FAJARDO-DOLCI et al., 2010; GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, 2013; CARVALHO et al., 2017; RODRIGUES, 2016; MACEDO, 2016; TOMAZONI, 2014). Diante desses achados, faz-se necessária uma avaliação minuciosa dos contextos nos quais esses serviços estão inseridos e das estratégias utilizadas para o alcance da segurança do paciente, a fim de repensar maneiras de aprimorar os processos de trabalho.

Poucos estudos retrataram dimensões com percentuais para serem classificados como áreas de força (SORRA; NIEVA, 2004; BODUR; FILIZ, 2009; FERNANDES; QUEIROS, 2011; CLINCO, 2007). Dentre essas pesquisas, pode-se notar que no estudo de Clinco (2007) realizado em 41 hospitais em São Paulo, os respondentes foram na sua maioria líderes de serviços, dos quais se espera que tenham maior aproximação e zelo com a temática de segurança. Outro ponto a ser destacado entre os estudos é que foram utilizadas amostras pequenas e houve incorporação de grupos de pessoas que exercem cargos de gestão, o que pode superestimar os resultados.

Neste estudo, as dimensões “*Trabalho em equipe na unidade*” e “*Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente*” apresentaram o maior percentual de respostas positivas, porém abaixo de 75%. Em estudos internacionais, foram encontrados achados semelhantes (GAMA; OLIVEIRA; HERNANDEZ, 2013; HAMDAN; SALEEM, 2013), bem como no Brasil (RODRIGUES, 2016; MACEDO, 2016; TOMAZONI,

2014). Apesar das especificidades culturais regionais, pode-se afirmar que os percentuais de respostas positivas para as “*Expectativas e ações do supervisor-chefia para a promoção da segurança do paciente*” e o “*Trabalho em equipe na unidade*” obtidos nestas localidades se aproximaram do percentual obtido neste estudo.

Com relação à dimensão “*Expectativas e ações do supervisor-chefia para a promoção da segurança do paciente*”, destaca-se o envolvimento e a atuação da supervisão/chefia nas unidades pesquisadas. Ressalta-se que esse envolvimento e a atuação dos líderes são cruciais para favorecer cuidados seguros por meio do incentivo à equipe de saúde em extrair lições educativas com os erros comunicados. Os sistemas de cuidados em saúde exigem a coordenação de várias equipes para uma gama de cuidados necessários, apresentando-se dessa forma um desafio educativo para estes profissionais de saúde em promoverem uma cultura de aprendizagem para a melhoria do sistema. (SIMMONS; SHERWOOD, 2010).

No que tange à dimensão “*Trabalho em equipe na unidade*”, com base nas respostas apresentadas, existe respeito e apoio entre os profissionais das unidades. Segundo Peduzzi, (2001) trabalho em equipe é aquele realizado com sinergia entre os seus integrantes por meio de um esforço coordenado, no qual todos têm um propósito em comum e o melhor desempenho depende de todos. Desta forma, entende-se que a promoção da segurança requer a mudança da cultura de trabalho para reconhecer que o trabalho em equipe é uma importante base para a promoção de melhorias.

Em contrapartida, algumas dimensões obtiveram 50% ou mais de respostas negativas e foram classificadas como áreas críticas da cultura de segurança do paciente, em que são necessárias intervenções para o fortalecimento da cultura de segurança. Neste estudo, as duas dimensões com os maiores índices de avaliação negativa foram “*Resposta não punitiva ao erro*” e “*Percepção geral da segurança do paciente*”. Em relação à dimensão “*Resposta não punitiva ao erro*”, estudos nacionais (CLINCO, 2007; RODRIGUES, 2016) e internacionais (FAJARDO-DOLCI et al., 2010; SORRA; NIEVA, 2004) tiveram achados semelhantes. Em estudo americano desenvolvido em 653 hospitais gerais, com 405.281 profissionais, utilizando o instrumento HSOPSC, a dimensão “*Resposta não punitiva ao erro*” recebeu 56% de resposta negativa, sendo também a dimensão pior avaliada (SORRA; NIEVA, 2004). Em Mitla, México, estudo realizado com 174 profissionais de saúde também obteve percentuais de respostas negativas elevadas nessa dimensão (FAJARDO-DOLCI et al., 2010).

A cultura de culpabilidade responsabiliza o indivíduo frente à ocorrência de erros e desencoraja-o a notificá-los e por consequência impede o aprendizado organizacional a partir

da ocorrência dos mesmos (REIS, 2013). Neste estudo, o elevado percentual de respostas negativas obtido na dimensão “*Respostas não punitivas aos erros*” foi coerente com o elevado percentual de profissionais que afirmaram não ter notificado nenhum evento nos últimos doze meses. Segundo Schilling (2017) o sistema de notificação depende do quantitativo de profissionais atuando nessa área, bem como da competência técnica dos mesmos. Uma equipe qualificada pode otimizar o processo de notificação dos eventos adversos, por meio de avaliação e encaminhamento adequados, com foco na educação e não na punição frente ao erro. Conforme James Reason, pesquisador na área do erro humano, jamais se pode extinguir a possibilidade do erro, já que esta é uma característica imutável no ser humano, mas pode-se transformar o ambiente no qual os seres humanos agem, desenhando sistemas que tornem mais fácil fazer o certo e mais difícil fazer o errado (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Uma das estratégias desenvolvidas para otimização da notificação dos eventos é a aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional, ou seja, a implementação de forma eficaz da gestão de riscos (BRASIL, 2013a). Um dos pilares dos processos de gestão de risco é utilizar e encorajar o relato e a investigação de eventos como ferramenta de qualidade na assistência. Porém, para que se consiga o gerenciamento dos riscos, é fundamental a sensibilização e o envolvimento de todos no processo de notificação destes eventos, para evitar novas adversidades relacionadas à mesma causa (BRASIL, 2017).

A dimensão “*Percepção geral da segurança do paciente*” também obteve um elevado percentual de avaliação negativa; o item com a pior avaliação foi “*A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída*”. Provavelmente, devido à percepção dos profissionais quanto à carga de trabalho a qual estão expostos diariamente na unidade e à insuficiência de profissionais para atender à demanda assistencial. As condições de trabalho envolvem modelos de produção e prestação de serviços com características de trabalho aceleradas e intensificadas. Os modelos determinam o aumento da produtividade, por meio da combinação do ritmo de trabalho, da carga de responsabilidade e da redução dos intervalos de descanso na jornada de trabalho, o que pode favorecer situações de estresse, adoecimentos mentais e/ou físicos em trabalhadores da área da saúde, além de facilitar a ocorrência de eventos adversos (DALRI, 2014). Observam-se, em estudos internacional e nacional, percentuais elevados de respostas negativas à dimensão

“*Percepção geral da segurança do paciente*”, como, por exemplo, no estudo com a equipe multiprofissional em oito hospitais públicos na região de Múrcia, Espanha (GAMA; OLIVEIRA; HERNANDEZ et al., 2013) e estudo realizado em dois hospitais, um na Zona da Mata de Minas Gerais e outro no Rio de Janeiro, envolvendo todos os profissionais atuantes (REIS, 2013). Desta forma, uma ação a ser planejada para que a sobrecarga de trabalho não aconteça é dimensionar o número de profissionais, de modo que esses estejam de acordo com o número de pacientes no setor, bem como com sua necessidade de assistência. O dimensionamento do quadro de pessoal deve sempre garantir um atendimento de qualidade e segurança nos cuidados prestados ao paciente.

Em relação às unidades de forma específica, observou-se que a Unidade C apresentou maior percentual de eventos notificados em relação às outras duas instituições, o que pode ser justificado pelo fato de o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) desse hospital ser o mais antigo em relação às outras instituições e talvez o mais atuante no que diz respeito ao monitoramento e avaliação das notificações, podendo favorecer maior abertura para detecção de eventos adversos. Ressalta-se que o NSP deve ser instituído nos serviços de saúde com o intuito de ser uma instância responsável por apoiar a direção do serviço na condução das ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente. Em princípio, o maior percentual de notificações de eventos observados nessa instituição condiz com os princípios do Núcleo em disseminar sistematicamente a cultura de segurança e garantir boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação (BRASIL, 2013a).

Nas Unidades A e B, mais de 80% dos funcionários responderam não relatar nenhum evento adverso. Esse achado corrobora o baixo percentual encontrado na dimensão “*Resposta não punitiva ao erro*”, que avalia se os profissionais observam que os erros não são utilizados contra eles. Os profissionais da saúde ainda são pouco instrumentalizados para lidar com os erros, principalmente, porque esses geralmente são associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha. Além disso, há o medo de punições jurídicas, éticas e sociais que caracterizam o profissional não preparado para o cuidado seguro (WEGNER et al., 2016). Essa situação corrobora que a cultura da culpabilidade constitui um desafio global para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente entre profissionais de hospitais. Neste sentido, faz-se necessário fortalecer a cultura de segurança nas unidades de neonatologia, assim como em todo o sistema de saúde, efetivando a notificação dos eventos, para melhorar a qualidade da assistência e proporcionar aos pacientes cuidados seguros.

De forma geral, a notificação de incidentes parte dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente, sendo considerada essa uma forma passiva de vigilância, pois depende da decisão das partes envolvidas em notificar. Essas podem ser anônimas, confidenciais ou abertas (WACHTER, 2010). Para que ocorra a notificação dos eventos adversos nas instituições, uma questão importante é a infraestrutura tecnológica da qual dispõe o hospital ou serviço. Cada vez mais as instituições de saúde vêm utilizando meios eletrônicos na detecção de eventos adversos. Sistemas eletrônicos bem desenhados e implementados auxiliam na notificação de incidentes. São recomendados programas simples, de fácil execução, que permitam o rápido acesso e que possam ser incorporados à rotina dos serviços, pois o fato de os profissionais dispensarem muito tempo e esforço nessa ação pode levar à não notificação (SCHILLING, 2017).

Além do fomento das notificações de eventos adversos, algumas estratégias de ensino podem ser utilizadas, dentre elas a Educação Permanente em Saúde (EPS), bem como a inserção da temática na formação dos profissionais. A educação para a segurança do paciente é uma recomendação da OMS, que sugere a inclusão da temática nas grades curriculares de todos os cursos da área da saúde (WEGNER et al., 2016; SCHILLING, 2017). Diante disso, a OMS publicou um guia curricular de segurança do paciente com uma perspectiva multiprofissional e com uma abordagem dos sistemas de saúde de âmbito global, com o intuito de auxiliar as universidades e as escolas de ciências da saúde a integrarem em seus currículos o ensino de segurança do paciente (SCHILLING, 2017). A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia para as transformações do trabalho que fomentará nos profissionais uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Apesar de serem metas a médio e longo prazo, é indispensável instrumentalizar os futuros profissionais para a prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança do paciente (WEGNER et al., 2016).

Com relação ao tempo de trabalho no hospital, na Unidade C, o percentual de funcionários com menos de 1 ano de trabalho é maior em relação às outras unidades. O tempo de atuação dos profissionais na instituição constitui um importante indicador para a segurança do paciente, pois a rotatividade elevada dos profissionais pode comprometer a cultura da segurança e continuidade do cuidado do paciente (REIS, 2013). Entretanto a Unidade C, mesmo tendo maior rotatividade de funcionários, foi melhor avaliada em relação às outras unidades e apresentou a maior taxa de notificação, o que pode indicar que os profissionais, apesar de recém-contratados, tiveram chance de se envolver com as estratégias da segurança

do paciente. Um ponto a se destacar é que a maioria da população pesquisada nessa unidade era de enfermeiros. Segundo estudo publicado nos Estados Unidos e realizado por Levinson (2012) em 189 hospitais, as equipes dos hospitais não relataram 86% dos eventos ocorridos, em parte, devido ao desconhecimento sobre o que constitui dano ao paciente, e a maioria dos eventos foi relatado por enfermeiros.

Ainda em relação à Unidade C, o percentual de profissionais com menos de 30 anos de idade é maior, chegando à quase metade da população pesquisada. Estudo realizado com 136 profissionais de saúde em hospitais distritais portugueses contrapõe-se a essa questão, demonstrando que enfermeiros mais novos (23-44 anos) têm, globalmente, uma perspectiva menos positiva da cultura de segurança em relação aos mais velhos (entre 44 e 65 anos) (FERNANDES; QUEIROZ, 2011). Porém, ressalta-se que esse estudo foi realizado apenas com enfermeiros, e em um único hospital. Dessa forma, sugerem-se novos estudos com essa abordagem.

Apesar de não evidenciar áreas de força para a segurança do paciente e evidenciar áreas críticas, a maioria dos profissionais apontou a segurança do paciente como Regular e Muito Boa. Estudo realizado em um hospital geral e público de Belo Horizonte, Minas Gerais, também encontrou semelhanças quanto à avaliação da segurança do paciente, que variou entre Regular (43%) e Muito Boa (40%) (RODRIGUES, 2016). Em contrapartida, estudos em países com sistemas de saúde bem desenvolvidos, com foco na segurança do paciente, apontam para melhores avaliações da cultura de segurança. Estudo realizado com 3.779 profissionais dos hospitais na Holanda, 196.462 dos EUA e 10.146 de Taiwan apontou diferenças de cultura de segurança. A maioria dos profissionais (73%) nos hospitais dos EUA avaliou a segurança do paciente como Excelente (25%) ou Muito Boa (48%), enquanto que mais de metade dos entrevistados na Holanda (63%) e Taiwan (51%) avaliou como Regular. Esses resultados revelam as disparidades regionais que possivelmente estão associadas ao contexto em que os profissionais estão inseridos e ao nível de implantação da cultura de segurança. Desta forma, torna-se necessário conhecer cada cenário, a fim de garantir a implementação de ações adequadas a cada contexto (CHEN; LI, 2010).

Em relação às notificações de eventos, a maior parte dos indivíduos respondeu que não preencheu nenhuma notificação. Essa situação é ainda mais alarmante quando na literatura se observa um consenso entre os estudiosos do tema de que os números relatados de EA sejam uma estimativa muito modesta do valor real do problema (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). Um dos componentes de grande transcendência do ponto de vista da

segurança do paciente é o relato dos eventos que envolvem o cuidado prestado, favorecendo o seu aprendizado a partir deles (REIS, 2013). Apesar da existência dos Núcleos de Segurança nas três Instituições estudadas, conforme estabelecido pela Portaria, o que se percebe, na prática, é um paradoxo entre o real e o prescrito, haja vista que a atuação dessas representações ainda não é plena. Dessa forma, sugere-se que os representantes dos núcleos de segurança sejam apoiadores da equipe em busca do fortalecimento da cultura de segurança.

No intuito de avaliar a cultura de segurança do paciente, estabeleceram-se algumas correlações entre indicadores e a segurança do paciente. Com relação ao grau de segurança, foi evidenciada correlação positiva e significativa entre os indicadores segurança do paciente e as dimensões “*Feedback e comunicação sobre erros*” e “*Frequência de eventos comunicados*”. Acredita-se que falhas na comunicação sejam causa comum de dano inadvertido ao paciente (LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004), tanto que a segunda meta da *Joint Commission* para a segurança do paciente recomenda melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais de saúde e esse termo tem sido largamente difundido na literatura e no contexto da saúde, quando o assunto é comunicação (SCHILLING, 2017; WACHTER, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Nesse sentido, estudo apontou a comunicação com uma habilidade não técnica como determinante de muitos incidentes relatados em UTI (READER et al., 2006), pois, quando as pessoas não compartilham informações acerca do paciente, menos conhecimento sobre ele a equipe tem, o que contribui para um pior planejamento da assistência. Também em UTI se podem encontrar percepções diferentes de comunicação entre os profissionais, havendo a necessidade de se criar um ambiente seguro (READER et al., 2007). Ressalta-se ainda que a comunicação aberta, com a valorização e a participação de todos os profissionais que compõem a equipe de trabalho, é salutar e importante para a qualidade da assistência. A colaboração e a comunicação podem ter implicações para a segurança do paciente, tendo em vista que as falhas na comunicação e na colaboração entre os profissionais de saúde podem constituir fonte potencial de erro, levando à fragmentação dos serviços, bem como ações pouco eficazes, com efeitos imediatos e potencialmente negativos para o paciente (SANTOS et al., 2010).

Esse ambiente seguro pode ser proporcionado por meio de padronização da comunicação para se evitar variabilidade e erros, seja por meio de protocolos, rounds, check lists e treinamento. A utilização de formulários e instrumentos padronizados pode facilitar a troca de informações e minimizar a ocorrência de erros (SCHILLING, 2017). O campo da

segurança do paciente preconiza a simplificação e a padronização da assistência ao paciente. Entretanto, vale ressaltar que a criação de instrumentos não basta para garantir a segurança, pois sua utilização implica o aspecto humano, incluindo o interesse e o conhecimento do profissional para sua concretização (WACHTER, 2010).

Também foi evidenciada correlação positiva e significativa entre o indicador “*Segurança do paciente*” e a dimensão “*Trabalho em equipe na unidade*”, sendo que, quando existe apoio, respeito entre os funcionários, maior tende a ser a segurança dos pacientes. A literatura destaca que o trabalho em equipe eficaz é crucial para fornecer um cuidado ideal ao paciente e que a liderança é vital para orientar a maneira pela qual os membros da equipe da UTI devem interagir, coordenar-se uns com os outros, bem como desenvolver as atividades de forma segura (MELLO; BARBOSA, 2013).

Com relação à dimensão “*Aprendizado organizacional/melhoria contínua*”, houve correlação positiva e significativa com o indicador “*Notificação de eventos*”. Quando existe na instituição uma cultura de aprendizagem, na qual os erros são avaliados e revertidos em mudanças positivas que levam a melhorias (SORRA; NIEVA, 2004), o percentual de notificações de eventos tende a aumentar. Uma investigação, com enfermeiros, sobre o tema, demonstrou que 40% dos eventos não foram relatados devido ao estigma da atitude negativa em relação ao incidente e aos complexos relatórios que os profissionais devem realizar. Outros autores identificaram o medo de represálias e a exposição a julgamentos como os principais fatores para a não notificação e referem que apenas 25% dos erros são formalizados em relatórios ou notificações de ocorrências (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

Foi evidenciada correlação positiva e significativa entre o indicador “*Percepção geral da segurança do paciente*” com a idade. Corroborar com essa questão estudo em hospitais portugueses em que enfermeiros mais novos (23-44 anos) tinham uma perspectiva menos positiva da cultura de segurança em relação aos mais velhos (entre 44 e 65 anos) (FERNANDES; QUEIROZ, 2011).

Por outro lado, houve uma correlação negativa e significativa entre a carga horária semanal e a dimensão “*Quadro de funcionários*”. Muito se tem discutido que o quantitativo de pessoal representa um importante indicador de segurança do paciente. Pesquisa conduzida em UTI de dois hospitais brasileiros demonstrou que pacientes assistidos por profissionais de enfermagem sobrecarregados tiveram mais do que o dobro de chance de sofrerem ao menos um evento adverso. O mesmo estudo apontou também que as complicações atribuídas à sobrecarga de trabalho de enfermagem aumentaram o número de dias de internação e o risco

de mortalidade dos pacientes (MELLO; BARBOSA, 2013). Pesquisa realizada com profissionais de enfermagem nos EUA constatou que o risco de se cometer um erro aumenta significativamente após uma enfermeira trabalhar mais de 12,5 horas consecutivamente, ou se uma enfermeira trabalhar mais de 60 horas em 7 dias consecutivos (LOSASSO, 2011).

Entre a dimensão “*Frequência de eventos comunicados*” e os indicadores “*Tempo de trabalho no hospital*” e “*Tempo de trabalho na especialidade*”, houve correlação negativa e significativa. Corroborando com este resultado estudo na região sul; quando os sujeitos tinham menos de um ano de trabalho no hospital, o percentual de respostas positivas tendia a ser maior (59%), em relação aos que tinham mais de um ano de trabalho (TOMAZONI, 2013). Uma hipótese levantada é de que, com a forte presença da cultura de culpabilidade, quanto mais experientes os profissionais, mais estes tendem a consolidar a ideia de que os erros serão usados contra eles e a omitir a comunicação dos eventos. Outra hipótese é de que os profissionais com mais tempo de profissão têm enraizados comportamentos e valores que não incluem a notificação de eventos adversos e a proposição de melhorias da cultura de segurança.

Houve também correlação negativa e significativa entre o indicador “*Percepção geral da segurança do paciente*” com o grau de instrução. Contrapondo-se a esse resultado, evidências científicas produzidas em diferentes países indicam que instituições que possuem maior qualificação profissional apresentam melhores resultados em saúde e na promoção de segurança (PEDREIRA, 2009). Pode-se inferir que um dos motivos para esse achado seja que a cultura de segurança não está integralmente instituída na unidade. O desenvolvimento de uma cultura organizacional que priorize a segurança é fundamental para a consolidação das estratégias de melhoria da qualidade e do clima de segurança do paciente positivo (CARVALHO et al., 2015).

Ainda é possível que a cultura de segurança seja percebida diferentemente de acordo com a categoria profissional. Em relação à nota de segurança do paciente, técnicos/auxiliares de enfermagem e médicos foram os que mais optaram pela opção Muito Bom. Ainda técnicos/auxiliares de enfermagem obtiveram o maior percentual na opção Excelente. As categorias enfermeiro e outros obtiveram os maiores percentuais nas notas Regular e Ruim. Estudo com profissionais da equipe de saúde de uma UTI revelou que, em relação à avaliação do grau de segurança do paciente, a maioria dos profissionais da equipe de saúde (51,93%) considerou aceitável o grau de segurança do paciente na UTI, com destaque para os médicos e fisioterapeutas, que atingiram um percentual de 61,12%. Por outro lado os enfermeiros, em

sua maioria (60%), consideraram a segurança do paciente na UTI como fraca (MINUZZ; SALUN; LOCKS, 2016). Outro estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva neonatal com a equipe de enfermagem e médica mostrou que o técnico de enfermagem e o médico foram os profissionais que mais optaram pela nota muito bom (24 e 19%, respectivamente) (TOMAZONI, 2013). Contrapondo-se a esses resultados, estudo realizado em uma rede de hospitais públicos na região de Murcia, na Espanha, mostrou que os enfermeiros foram mais positivos em relação à nota do que os médicos (GAMA; OLIVEIRA; HERNANDEZ, 2013).

O enfermeiro é um profissional formado para ser crítico e líder de uma equipe, portanto deve se envolver em uma busca constante de informações e evidências de pesquisa para a prática clínica. Quando integrados o conhecimento, a análise e as evidências, os enfermeiros serão desafiados a melhorar continuamente os processos de cuidados e a incentivar a sua equipe interdisciplinar, a fim de garantir melhor cuidado aos pacientes (HUGHES, 2008). Entretanto, os cuidados de saúde raramente são realizados por um único indivíduo ou categoria. O atendimento seguro e efetivo depende de conhecimentos, habilidades e comportamentos de uma equipe multiprofissional, como também de uma estrutura organizacional. A abordagem multidisciplinar é importante, pois implica demonstrar que nenhuma profissão consegue abranger todos os aspectos envolvidos na assistência aos pacientes, o que faz destacar a significância do trabalho coletivo, permitindo a sinergia de habilidades para promover uma assistência completa (MARCUCCI, 2005).

A partir do conhecimento na literatura do papel desempenhado pelo profissional enfermeiro, pode-se inferir que os profissionais das categorias técnico/auxiliar de enfermagem e médico superestimaram a avaliação por desconhecer o processo da segurança na sua totalidade. Muitas vezes, percebe-se que os médicos e técnicos ficam à margem da análise de indicadores e gerenciamento das notificações, o que pode ter influenciado os achados. Desta forma, sugere-se que os profissionais médicos e técnicos de enfermagem sejam incorporados na discussão sobre a segurança, pois, sentindo-se coparticipantes desse processo, é mais fácil participarem ativamente na busca por melhorias da segurança na unidade de trabalho.

Analogamente à categoria dos enfermeiros, a categoria “*Outros profissionais*” também obteve os maiores percentuais nas notas Regular e Ruim na avaliação da segurança do paciente. A partir desse achado, pode-se inferir que os outros profissionais da equipe multiprofissional, por estarem em menor número nas unidades, são responsáveis pela

assistência e gestão da qualidade. Logo, espera-se que os mesmos estejam mais familiarizados com os indicadores da cultura de segurança.

Em relação à variável “*Notificações de eventos preenchidos e notificados*”, o profissional enfermeiro foi a categoria que atingiu o maior percentual de notificações quando comparado às categorias médicos, técnicos/auxiliares e outros profissionais. Estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva neonatal com a equipe de enfermagem e a médica observou que o Técnico de Enfermagem foi o que mais optou por Nenhum (48%) evento notificado. O Médico e o Enfermeiro foram os que optaram mais por 11 a 20 eventos notificados (80 e 20%, respectivamente) (TOMAZONI, 2013). Por vezes, é atribuída ao enfermeiro a responsabilidade de notificar os eventos, sendo considerado pelos autores Chagas e Selow, (2016) o gestor mais capacitado, tanto para gerenciar as notificações de eventos adversos, quanto para estimular a equipe. A escassez das notificações de técnicos/auxiliares e médicos foi evidenciada provavelmente por “corporativismo médico”, ou por medo ou falta de conhecimento em relatar os erros e por percepção de que a notificação de incidentes possa não resultar em melhorias (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013). Em relação à categoria “*Outros profissionais*”, com exceção dos fisioterapeutas, infere-se que os profissionais psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e fonoaudiólogos, apresentam menor risco de eventos adversos comparado a outros profissionais, portanto notificam menos quando comparados às outras categorias. Assim, sugerem-se novos estudos com essa abordagem.

Ainda em relação à categoria profissional, os indicadores “*Aprendizado organizacional/melhoria contínua*” e “*Abertura para comunicação*” apresentaram diferença significativa, sendo que os enfermeiros apresentaram mediana significativamente maior que os técnicos/auxiliares de enfermagem e outros cargos. Sugere-se, então, que o profissional enfermeiro é o mais empenhado e envolvido com o tema da segurança do paciente.

Quanto à inserção do tema “segurança do paciente” no ambiente organizacional e, consequentemente, em sua cultura, é importante ter em mente que este é influenciado pelas relações de trabalho e de poder existentes entre os vários perfis profissionais que compõem o ambiente hospitalar (BRASIL, 2017). Desta forma, para estabelecer uma cultura de segurança do paciente por meio de uma equipe formada por diversas categorias profissionais, é necessária a atuação dos gestores responsáveis em conduzir essa equipe multiprofissional e em favorecer um ambiente de trabalho baseado no diálogo e na aprendizagem. Outro ponto a ser considerado é a mudança de comportamento dos indivíduos, de forma que o processo de

notificação se incorpore à rotina diária e estabeleça uma cultura de aprendizagem. As instituições de saúde devem, além de proporcionar um cenário de cuidado aos pacientes, ser positivas para a cultura de segurança.

Frente a esses achados, salienta-se a necessidade de as instituições formadoras fomentarem a inclusão de disciplina específica de segurança do paciente em cursos técnicos, de graduação e pós-graduação. Espera-se que disseminar estudos como este possa ampliar as discussões acerca da segurança do paciente, no âmbito do ensino, da extensão, da assistência, da gestão e da pesquisa.

Considerara-se limitação desta pesquisa a falta de inclusão de unidades de neonatologia de hospitais privados, restringindo-se aos públicos.

7 CONCLUSÃO

O estudo mostrou uma cultura de segurança frágil nos serviços de neonatologia pesquisados, porém vislumbrou áreas de potencialidades com vistas à segurança, como, por exemplo, o fortalecimento e o estímulo da notificação de eventos adversos pelos profissionais, substituindo a cultura punitiva pela cultura de aprendizagem.

Constatou-se também que o tempo de trabalho e o grau de instrução alteram a cultura de segurança. Quanto maior o tempo de trabalho no hospital e na especialidade, mais eventos adversos são comunicados pelos profissionais. Os profissionais com menor tempo de instituição apresentaram uma cultura de segurança mais frágil. Com relação ao grau de instrução, o estudo apontou que, quanto maior a qualificação profissional, pior é a percepção em relação à cultura de segurança do paciente.

Em relação às categorias profissionais, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem avaliaram mais positivamente a cultura de segurança do paciente. O profissional enfermeiro atingiu o maior percentual de notificações quando comparado às demais categorias. Portanto, ao desenvolver uma cultura na neonatologia é necessário que as estratégias iniciais sejam baseadas nos problemas destacados por diferentes sujeitos e equipes, considerando suas características profissionais.

Ainda foi possível observar diferenças em relação ao cenário estudado, sendo que, nas unidades A e B, mais de 80% dos funcionários responderam não relatar nenhum evento adverso, enquanto que a unidade C apresentou o maior percentual de eventos notificados. Nas três unidades, os dados revelaram que 47,96% dos sujeitos avaliaram a cultura de segurança como Regular e 39,8% consideraram a segurança como Muito boa. Estes resultados reforçam a necessidade de um aprimoramento da cultura de segurança, efetivando o trabalho dos núcleos de segurança do paciente e qualificando a assistência prestada pelas instituições.

Com base no que foi exposto, recomenda-se um olhar crítico sobre as falhas do processo de segurança dos pacientes, a fim de apontar lacunas que precisam ser preenchidas para permitir o crescimento da adoção de uma cultura de segurança positiva, beneficiando pacientes, familiares e profissionais. O amadurecimento dessa visão sistêmica é necessário para a edificação e a valorização da cultura de segurança nos cenários de cuidado à saúde. Assim, sugere-se implementarem ambientes de discussão, reflexão e aprendizagem envolvendo os líderes das instituições e os demais profissionais da assistência multiprofissional, a fim de propor estratégias que garantam o cuidado seguro.

Destaca-se que este trabalho foi pioneiro na abordagem da equipe multiprofissional, permitindo que a cultura de segurança fosse vista por um prisma multifacetado, impedindo que a visão particular de um dos grupos profissionais atuantes na neonatologia gerasse alguma tendência nos dados obtidos. Também cabe destacar que os achados permitem concluir que existe a necessidade de propor ações individuais para cada unidade de neonatologia, pois, independentemente das similaridades existentes entre os três cenários, cada local está inserido em um contexto peculiar que precisa ser considerado.

Neste sentido, os resultados deste estudo corroboram a necessidade de melhorar a cultura de segurança das unidades neonatais, de modo a fortalecer os processos de comunicação, aprimorar o trabalho desenvolvido entre as equipes, aperfeiçoar os feedbacks, redistribuir o quantitativo de profissionais para atender às reais necessidades dos pacientes e familiares e melhorar as condições de trabalho com o intuito de traçar estratégias eficientes para proporcionar um cuidado seguro.

Sugere-se que esta pesquisa seja replicada em unidades neonatais de instituições privadas, de forma a melhorar a compreensão do atual cenário da cultura de segurança e, assim, agregar conhecimento no oferecimento de subsídios para a qualificação e a segurança da assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **At A Glance**. Rockville, MD, 2011. Disponível em:

<<http://www.ahrq.gov/about/ata glance.htm>>. Acesso em: 06 set. 2016.

BATISTA, A. C. O. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal**. 2015. 132 fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

BODUR, S.; FILIZ, E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. **Int J Qual Health Care**, Oxford, v. 21, n. 5, p. 348-355, Oct. 2009.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 32-36, jan./fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 7 de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html >. Acesso em: 30 jun. 2016.

_____. **Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html >. Acesso em: 30 ago. 2016.

_____. **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013a Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html >. Acesso em: 30 ago. 2016.

_____. **Resolução RDC 36 de 25 de julho de 2013**. Brasília: ANVISA, 2013b. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 30 ago. 2016.

_____. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranc a.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

_____. **Gestão de riscos e investigação de eventos relacionados à saúde**. Brasília: ANVISA, 2017.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E. R.; CASSIANI, S. H. B. D. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 164-172, mar. 2013.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 09 set. 2016.

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

CHAGAS, K. D.; SELOW, M. L. C. O enfermeiro frente à notificação de eventos adversos em busca da garantia de qualidade e segurança assistencial. **Vitrine Prod. Acad.**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 89-161, jul./dez. 2016.

CHEN, I. C.; LI, H. H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). **BMC Health Serv Res.**, London, v. 10, p. 152, Jun. 2010.

CHIN, W. W. The partial least squares approach to structural equation modeling. **Modern methods for business research**, [S.l.], v. 295, n. 2, p. 295-336, 1998.

CLINCO, S. D. O. **O Hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente**. 2007. 98f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2007.

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

COSTA, R.; PADILHA, M. I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, 248-255, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200006>. Acesso em: 20 jun. 2016.

DALRI, R. C. M. B. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 959-965, nov./dez. 2014.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archive of Pathology Lab Med**, [S.l.], v. 114, n. 11, p. 1115-1118, nov. 1990.

_____. **Seminar on Quality Assessment and Assurance**. São Paulo: PROAHSA, 1993.

DONALDSON, L.; PHILIP, P. Patient Safety – a global priority. **Bulletin of the world Health Organization**, Genebra, v. 82, n.12, p. 892, Dec. 2004.

DOWERI, H. F. A. et al. Patient safety culture: principles and applications: review article. **European Scientific Journal**, [S.l.], v. 11, n. 5, p. 83-94, May 2015.

ESPANHA. Agencia de calidad del SNS. **Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008.

ETCHEGARAY, J. M.; THOMAS, E. J. Comparing two safety culture surveys: safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. **BMJ Qual Saf**, London, v. 21, p. 490-498, 2012. Disponível em: < <http://qualitysafety.bmj.com/content/21/6/490.long>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

FARJADO-DOLCI, G. F. et al. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. **Cir Cir**, [S.l.], v. 78, n. 6, p. 527-532, 2010.

FERNANDES, A. M. M. L.; QUEIRÓS, P. J. P. Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 4, p. 37-48, jul. 2011.

FLEMING, M. Patient safety culture measurement and improvement: a “how to” guide. **Healthc Q.**, Toronto, v. 8, n. esp. p. 14-19, Oct. 2005.

FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. **Journal of marketing research**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 39-50, Feb. 1981.

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

HAIR, J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HAMDAN, M.; SALEEM, A. A. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. **Int J Qual Health Care**, Oxford, v. 25, n. 2, p. 167-75, Apr. 2013.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. **ACSNI Study Group of Human Factors**: third report: organizing for safety. London: HMSO, 1993.

HENSELER, J.; RINGLE, C. M.; SINKOVICS, R. R. The use of partial least squares path modeling in international marketing. **Advances in international marketing**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 277-319, 2009.

HOLLANDER, M.; WOLFE, D. A. **Nonparametric Statistical Methods**. New York: John Wiley & Sons, 1999.

HOYLE, R. H.; DUVAL, J. L. Determining the number of factors in exploratory and confirmatory factor analysis. In: KAPLAN, D. (Ed.). **The Sage handbook of quantitative methodology for the social sciences**. Thousand Oaks, CA: Sage. 2004. cap. 16, p. 305-306.

HUGHES, R. G. (Ed.). **Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **Overview of the 5 Million Lives Campaign**, [S.l.], 2008. Disponível em: <<http://www.ihi.org/offering/Initiatives/PastStrategicInitiatives/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 24 jun. 2013

INSTITUTE OF MEDICINE. **Committee on Quality of Health Care in America. Crossing The Quality Chasm A New Health System for the 21st Century**. [S.l.]: National Academy Press, 2001, 359 p. Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10027&page=R1>. Acesso em: 05 abr. 2017.

JACKSON, J.; SARAC, C.; FLIN, R. Hospital Safety climate surveys: measurement issues. **Curr Opin Crit Care**, Philadelphia, v. 16, n. 6, p. 632-638, 2010.

KONH, L.T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: _____. **To err is human: a building a safer health care system**. Washington (DC): Institute of Medicine; 1999. p. 26-48.

LANZILLOTTI, L. S. et al. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, P. 937-946, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.16912013>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BONACUM, D. The human factor: the critical importance of effective teamwork na communication in providing safe care. **Qual Saf Health Care**, London, v. 13, sup., p. 85-90, Oct. 2004.

LEVINSON, D. **Hospital incident reporting systems do not capture most patient harm**. [S.l.]: Department of Health and Human Services, 2012. Disponível em: <http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=23842>. Acesso em: 19 nov. 2013.

LIMA JÚNIOR, J.; ALCHIERI, J. C.; MAIA, E. M. C. Avaliação das condições de trabalho em hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev Esc Enferm.**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 670-676, 2009.

LOSASSO, D. M. Are We Really Doing What is Best for Our Tiny Patients? NNP Shift Length and Patient Safety. **Adv Neonatal Care**, Philadelphia, v. 11, n. 3, p. 193-196, Jun. 2011.

MACEDO, T. R. **Cultura de Segurança do paciente em Unidades de Emergência Pediátrica**. Perspectiva da Equipe de Enfermagem. 2015. 138 fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Centro de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. 2015.

MACEDO, T. R. et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 757-763, 2016.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MARINHO, M. M.; RADUNZ, V.; BARBOSA, S. F. Avaliação da Cultura de Segurança pelas Equipes de Enfermagem de Unidades Cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 581-590, jul./set. 2014.

MATOS, B. I.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 239-244, jul. 2013.

MELLO, J. F. de. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem**. 2011. 219f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/viewFile/38760/22926>>. Acesso em: 4 maio 2017.

MENDES, W.; SOUZA, P. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2014.

MINUZZ, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 25. N. 2, p. e1610015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000200313&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 set. 2016.

MIRSHAWKA, V. **Hospital. Fui bem atendido?** Makron Books: Rio de Janeiro, 1994.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. National Patient Safety Agency (NPSA). **Seven steps to patient safety in general practice**. [S.l.], 2009. Disponível em: <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-topatient-safety/>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. S. Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual. Saf. Health Care**, London, v. 12, suppl. 2, p. 17-23, 2003.

NUNNALLY, J.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric Theory**. McGraw-Hill: New York. 1994.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400001>. Acesso em: 07 maio 2016.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública, São Paulo**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 7 set. 20017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

PROFIT, J. et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed**, London, v. 97, n. 2, p. 127-132, mar. 2012a.

PROFIT, J. et al. Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.**, London, v. 97, n. 2, p. 120-126, mar. 2012b.

READER, T. W. et al. Non-technical skills in intensive care. **Br J Anaesth**, London 96, 551-559, Mar. 2006.

READER, T. W. et al. Interdisciplinary communication in the intensive care unit. **British Journal of Anaesthesia**, v. 98, n. 3, p. 347-352, Feb. 2007.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, mar. 2000.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 217f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

ROBB, G.; SEDDON, M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? **N Z Med J.**, Wellington, NZ, v. 123, n. 1313, p. 66-67, May 2010.

RODRIGUES, W. V. D. **Avaliação da cultura de segurança do paciente entre profissionais de saúde de um hospital público**. 2016. 140f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde). Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, São Paulo, 2016.

SANTOS, M. C. et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Rev Port Saúde Pública**, Lisboa, v. 10, p. 47-57, jan. 2010.

SCHEIN, E. H. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SCHILLING, M. C. L. **A comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente: interfaces e possibilidades no cenário do hospital**. 2017. 226f. Tese (Doutorado em comunicação social). Faculdade de Comunicação Social, Pontifícia universidade católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SIMMONS, D.; SHERWOOD, G. Neonatal Intensive Care Unit and Emergency Department Nurses' Descriptions of Working Together: Building Team Relationships to Improve Safety. **Crit Care Nurs Clin N Am.**, Philadelphia, v. 22, n. 2, p. 253-260, Jun. 2010.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. 2004. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2016.

SOUZA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

TENENHAUS, M. et al. PLS path modeling. **Computacional statistics & Data Analysis**, [S.l.:s.n.], 2005.

TOMAZONI, A. **Cultura de Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal**. 2013. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 755, set./out. 2014.

VENTURA, C. M. U.; ALVES, J. G. B.; MENESES, J. Eventos adversos em Unidade de terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 49-55, jan./fev. 2012.

VICENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Paulo: Yendis, 2009.

VINCER, M. J.; MURRAY, J. M.; YUILL, A. Drug errs and incidents in a neonatal intensive care unit. **Am J Dis Child**, Chicago, v. 143, p. 737-740, 1989.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320 p.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. e20160068, jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for patient safety**: fo ward programme 2005. Geneva, 2004.

_____. **A World Alliance for safer Health Care. More than words**: conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva, 2009.

ZIMMER, P. M. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente: uma análise comparativa com os hospitais norte americanos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE E SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 9., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Qualihosp, 2009, p. 262-265.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Cultura de Segurança do Paciente em Neonatologia”, que se destina a compreender como a participação da equipe multiprofissional influencia na cultura de segurança do paciente na unidade de neonatologia de hospitais públicos de referência no Estado.

A coleta de dados se estenderá por um período de aproximadamente três meses, sendo que durante este período você poderá ser convidado a responder a questionários estruturados com questões relacionadas ao conhecimento do profissional no que diz respeito à cultura de segurança do paciente.

Esta pesquisa permitirá compreender a participação da equipe multiprofissional no que tange à segurança dos pacientes internados na neonatologia. Os benefícios desta pesquisa correspondem a repercussões para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência à saúde, visando à corresponsabilização de todos pela qualidade assistencial, possível redução de eventos adversos relacionados à assistência, o que apresenta alto impacto no prolongamento da internação, dos custos hospitalares e das complicações para o paciente referentes à infecção hospitalar.

Destaca-se também que a pesquisa em questão se fundamenta na Resolução 196/96, conforme preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos. Sua participação é voluntária, tendo a liberdade para retirar-se durante o estudo, sem qualquer penalização ou constrangimento. As informações obtidas por meio do questionário e a observação direta serão de caráter confidencial, garantindo o completo anonimato do participante por ocasião da divulgação dos resultados e mantido o sigilo sobre a identificação da instituição.

Declaro, portanto, que autorizo minha participação, pois fui informado(a) de forma clara e detalhada sobre a mesma, compreendendo os objetivos e a importância desta pesquisa. Estou ciente de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem constrangimento ou coerção.

Belo Horizonte ____/____/____

Participante da pesquisa

Pesquisadora Principal

Contatos da pesquisadora e do COEP

Pesquisadora (responsável): Prof^a. Dr^a. Bruna Figueiredo Manzo

E-mail: brunaamancio@yahoo.com.br

Telefone (31) 3409-8034

Comitê de Ética em Pesquisa -

COEP: (31) 3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO A – Aprovação do comitê de ética e pesquisa - UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 54459216.2.0000.5149

Interessado(a): Profa. Bruna Figueiredo Manzo
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 04 de maio de 2016, o projeto de pesquisa intitulado “**A Segurança do paciente na Assistência Materno e Neonatal**” bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: A Segurança do paciente na Assistência Materno e Neonatal

Pesquisador: Bruna Figueiredo Manzo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54459216.2.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.862.502

Apresentação do Projeto:

"A Segurança do paciente na Assistência Materno e Neonatal"

Resumo do projeto de pesquisa anexado à plataforma: "Trata-se de um estudo que tem o objetivo de analisar as estratégias utilizadas em serviços de atendimento materno-neonatal que visem à segurança dos pacientes na perspectiva de profissionais, usuários e gestores. Utilizará como método o Estudo de Casos múltiplos, de abordagem qualitativa e quantitativa. Os cenários de estudos serão três maternidades e unidades de terapia intensiva neonatais, às quais são referência ao atendimento dessa população no estado de Minas Gerais. Os participantes do estudo serão todos os profissionais de saúde, gestores e usuários desses serviços. A coleta de dados será através de três técnicas: Entrevista com roteiro semiestruturado, observação e coleta de dados secundários registrados pelos serviços. A análise dos dados qualitativos serão através da Análise de Conteúdo. Os dados da observação serão utilizados para enriquecimento da análise das entrevistas. Para os dados quantitativos terá análise estatística descritiva."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar estratégias utilizadas em serviços de atendimento materno- neonatal que visem à

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.862.502

segurança dos pacientes na perspectiva de profissionais, usuários e gestores.

Objetivo Secundário:

- a) Identificar incidentes evitáveis em maternidades e unidades neonatais de hospitais de médio e grande porte;
- b) Identificar situações de cuidado que predisõem a incidentes evitáveis em serviços de atendimento materno- neonatal;
- c) Analisar como os profissionais de saúde reconhecem a quebra da segurança nas circunstancia de cuidado na assistência materno neonatal;
- d) Analisar as circunstâncias de cuidado que culminam em incidentes eventos adversos;
- e) Identificar a percepção dos usuários de serviço sobre a segurança assistencial;
- f) Analisar a cultura de segurança nos serviços de assistência materno neonatal;
- g) Descrever a percepção dos profissionais sobre a influencia dos acompanhantes ou dos próprios pacientes na segurança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequadamente avaliados de acordo com o parecer Nº 1.528.373 datado em 05/05/2016.

Riscos e benefícios do projeto anexados a plataforma: "Riscos: Esta pesquisa possui riscos mínimos e será mantido o anonimato e sigilo para que não haja constrangimento. Não haverá nenhuma forma de pagamento aos participantes do estudo. Caso o participante venha a contrair danos em decorrência do referido estudo como constrangimento ao responder as questões, a participação pode em qualquer momento ser encerrada. Benefícios: Irá contribuir para a identificação de fatores evitáveis, que levam à insegurança no atendimento aos usuários dos serviços. E, ainda, o projeto envolve a formação de recursos humanos para atuar na área, por meio da participação ativa de alunos de mestrado, doutorado e de Iniciação científica na equipe de trabalho. "

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores vem por meio deste informar o acréscimo do cenário de pesquisa - A maternidade do Hospital das clínicas de Minas gerais como um dos coparticipantes do estudo . Certo que pesquisar esse cenário será de grande valia no estudo , visto que esse hospital tem perfil de Hospital escola e é referencia nos cuidados obstétricos para o estado de Minas gerais.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.862.502

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequadamente listados de acordo com a parecer Nº 1.528.373 datado em 05/05/2016.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis pela aprovação da emenda ao projeto de pesquisa intitulado: "A Segurança do paciente na Assistência Materno e Neonatal", sob a responsabilidade da pesquisadora Bruna Figueiredo Manzo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_832060E1.pdf	01/12/2016 16:14:54		Aceito
Outros	emenda.docx	01/12/2016 16:13:42	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	hc.jpg	30/11/2016 17:08:05	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	544592162aprovacao.pdf	05/05/2016 09:26:40	Rangell Figueiredo de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESP_RN.docx	19/04/2016 09:51:22	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PUER.docx	19/04/2016 09:51:12	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_FUN_GEST.docx	19/04/2016 09:50:54	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.862.502

Ausência	TCLE_FUN_GEST.docx	19/04/2016 09:50:54	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	23/03/2016 11:52:26	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	07/03/2016 10:37:28	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Folha de Rosto	FOROSTO.pdf	07/03/2016 10:36:34	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANMATHOB.pdf	07/03/2016 10:36:24	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANCTIHOB.pdf	07/03/2016 10:36:10	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANSOFIA.pdf	07/03/2016 10:34:06	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANODETE3.pdf	07/03/2016 10:33:40	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANODETE2.pdf	07/03/2016 10:33:30	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANODETE.pdf	07/03/2016 10:33:18	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	02/03/2016 04:24:58	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	02/03/2016 04:24:10	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	54459216parece.pdf	12/12/2016 18:48:50	Vivian Resende	Aceito
Outros	544592162emend.pdf	12/12/2016 18:49:07	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.862.502

BELO HORIZONTE, 02 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO C – Autorização AHRQ para a aplicação do HSOPSC

Dear Karine Antunes,

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

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

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

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

Sincerely,
Kristi Meadows

Kristi Meadows | AHRQ Surveys on Patient Safety Culture™ Technical Assistance
Westat | 1700 Research Blvd | Rockville, MD 20850
phone: 1-888-324-9749 | fax: 1-888-852-8277 | email: SafetyCultureSurveys@westat.com

ANEXO D – Autorização para utilização do instrumento HSOPSC com a adaptação transcultural

Re: Estudo HSPSC UFMG Sábado, 1 de Outubro de 2016 21:42 ● ☆

De: "Cláudia Tartaglia Reis" <clautartaglia@gmail.com>

Para: "Karine Antunes" <karineantuneshob@yahoo.com.br>

[Cabeçalhos completos](#) [Visualização para impressão](#)

Olá Karina, parabéns pelo trabalho. Desejo-lhe sorte e sucesso desde já!
Com certeza vc está autorizada a utilizar o instrumento, cuja versão final está disponibilizada no Proqualis.
O instrumento foi criado p ser de auto preenchimento...penso que aplicá-lo de outra forma poderia ir contra sua fundamentação teórica, mas podemos dialogar sobre isto!
Estou em um pos doc em Lisboa, e neste fds particularmente fora, em viagem. Mas estarei disponível para trocarmos ideias.abs

Cláudia Tartaglia

Enviado via iPhone

ANEXO E – Hospital Survey on Patient Safety cultura- pesquisa sobre segurança do paciente em hospitais (HSOPSC)



Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

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

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

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

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

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continuação)

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários / terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função da maior quantidade de trabalho a ser concluída	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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 ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é <u>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Quando ocorre um erro, mas <u>não há risco de dano ao paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando ocorre um erro, que <u>podaria causar danos ao paciente</u> , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
 Excelente Muito boa Regular Ruim Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

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

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

- ☐ a. Nenhuma notificação ☐ d. 6 a 10 notificações
☐ b. 1 a 2 notificações ☐ e. 11 a 20 notificações
☐ c. 3 a 5 notificações ☐ f. 21 notificações ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

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

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

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

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

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

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

- | | |
|--|---|
| ☐ a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto | ☐ e. Ensino Superior Incompleto |
| ☐ b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo | ☐ f. Ensino Superior Completo |
| ☐ c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto | ☐ g. Pós-graduação (Nível Especialização) |
| ☐ d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo | ☐ h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado) |

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- ☐ a. Feminino ☐ b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.