

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Camilla Rossi Perácio

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
PRÁTICA CLÍNICA DO CENTRO ODONTOLÓGICO DO HOSPITAL
DA POLÍCIA CIVIL DE MINAS GERAIS EM BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte
2024

Camilla Rossi Perácio

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
PRÁTICA CLÍNICA DO CENTRO ODONTOLÓGICO DO HOSPITAL
DA POLÍCIA CIVIL DE MINAS GERAIS EM BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia - área de concentração em saúde pública.

Orientador(a): Prof. Dr. Carlos José de Paula Silva

Coorientador(a): Profa. Dra. Denise Vieira Travassos

Belo Horizonte
2024

Ficha Catalográfica

P427a Perácio, Camilla Rossi.
2024 Avaliação da cultura de segurança do paciente na prática clínica do
T Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais em
Belo Horizonte / Camilla Rossi Perácio. - 2024.

156 f. : il.

Orientador: Carlos José de Paula Silva.
Coorientadora: Denise Vieira Travassos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Odontologia.

1. Segurança do paciente. 2. Odontologia. 3. Assistência
odontológica. 4. Equipe hospitalar de odontologia. I. Silva, Carlos José
de Paula. II. Travassos, Denise Vieira. III. Universidade Federal de
Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047

Elaborada por: Miriam Cândida de Jesus - CRB 6/2727.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PRÁTICA CLÍNICA DO CENTRO ODONTOLÓGICO DO HOSPITAL DA POLÍCIA CIVIL DE MINAS GERAIS EM BELO HORIZONTE

CAMILLA ROSSI PERÁCIO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA, área de concentração ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 31 de julho de 2024, pela banca constituída pelos membros:

Prof. Carlos José de Paula Silva - Orientador
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Denise Vieira Travassos
Faculdade de Odontologia da UFMG

Prof. Brener Santos Silva
Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG

Profa. Bárbara da Silva Mourthé Matoso
Faculdade de Odontologia da UFMG

Belo Horizonte, 31 de julho de 2024.



Documento assinado eletronicamente por Brener Santos Silva, Usuário Externo, em 16/08/2024, às 14:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Barbara da Silva Mourthe Matoso, Enfermeira, em 16/08/2024, às 18:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Carlos Jose de Paula Silva, Professor do Magistério Superior, em 20/08/2024, às 14:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Denise Vieira Travassos, Coordenador(a) de coordenação, em 29/08/2024, às 09:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 3468388 e o código CRC 9A9EF155.

Dedico esse trabalho a Deus, meu fundamento. Sem a Sua permissão os obstáculos e adversidades não seriam superados e certamente não teria chegado aqui. Aos meus pais, exemplo de amor maior e dedicação incondicional.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus por ter estado ao meu lado e me sustentando durante todo o percurso formativo.

Aos meus pais, Maria Beatriz e Carlos Roberto, por incentivarem a todo o momento a busca do conhecimento. Não permitiram que o desânimo tomasse conta, e me direcionaram a buscar sempre o equilíbrio.

As minhas filhas, Gabriela e Júlia, por aceitarem, sem entender muitas vezes, as horas a fio em frente ao computador e as inúmeras ausências nos finais de semana.

Ao meu companheiro, Christiano, pelo exemplo de organização e praticidade e por ter sido um PAI PRESENTE nas minhas ausências.

A minha irmã, Maria Carollina, por comprar meus sonhos, vibrar a cada conquista, acolher as minhas demandas e aconselhar sempre.

Ao meu irmão, Luís Henrique, pelo exemplo de rigidez descontraída e pelo seu jeito singular de amar.

As minhas sobrinhas, Bia, Luiza e Alice, motivo de renovo, leveza e descontração.

Ao meu orientador, Professor Carlos José de Paula Silva, por conviver com a minha ansiedade e insegurança sabiamente e suportar, até o final, minha limitação com a tecnologia. Obrigada pelo exemplo de pessoa que alinha prática clínica à docência com maestria. É realmente inspirador.

À professora, Fabiana Vargas Ferreira, pelo exemplo de humildade e carinho. Pela paciência e didática com que transmite os conhecimentos. Principalmente por ter sido meu braço direito na análise dos dados da pesquisa.

À diretoria do Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, na pessoa da Dra. Renata Dias Aguilar Poucas, pela amizade. Sem palavras tamanha gratidão por ter abraçado comigo essa causa. Não ter medido esforços para que o meu trabalho fosse realizado e por acreditar na contribuição da minha pesquisa para o serviço.

A Coordenação da Abertta Saúde, nas pessoas de Laila Caldeira Alves, Kátia Dumont Ferreira e Karina Araújo. Esse time de mulheres líderes me impulsionou a desenvolver novas habilidades. Fizeram-me acreditar que sou capaz e permitiram o

ajustamento da minha escala de trabalho, para que a realização do sonho se tornasse possível.

A querida Juliana Ribeiro de Castro, por inúmeras vezes ter cedido seu ombro amigo, escutado minhas lamentações e com sua sabedoria e leveza inigualáveis acalantar o meu coração.

A Fernanda Vieira Belém, exemplo de mulher guerreira, trabalhadora e multitarefas. Mesmo agarrada com seu doutorado, filhos, trabalhos, não me deixou na mão. Sempre disponível, me deu suporte e direcionamentos essenciais.

A Flavia Fonseca, por ter me mostrado o verdadeiro caminho. E ter sido parceira do início ao fim. Desde as aulas teóricas, passando pelo projeto de Atenção aos Idosos até o trabalho final. Querida amiga, você é luz por onde passa.

Aos amigos do Mestrado, pela alegria da convivência, pelos conhecimentos compartilhados, pelos encontros e reencontros. Foi sensacional tê-los conhecido.

Aos professores e coordenadores do curso, eu simplesmente amei cada pedacinho do mestrado. O conhecimento adquirido, o retorno à UFMG, o reencontro com professores exemplo de formação acadêmica e o conhecimento da nova geração, encheu meu coração de alegria.

As professoras Raquel Conceição Ferreira, Loliza Chalub e Livia Zina pela oportunidade de participação em seus projetos. Foi uma experiência espetacular. Obrigada por tanto.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes.”

Martin Luther King

RESUMO

A ampliação do acesso aos serviços de saúde, a difusão da informação e os avanços tecnológicos resultaram em transformações importantes para os sistemas de cuidados de saúde modernos, tornando prioritária a preocupação com a segurança do paciente e estimulando a melhoria dos processos de cuidado. A cultura de segurança abrange ações, competências e comportamentos que implicam diretamente na qualidade assistencial em diferentes níveis e reforça a importância da avaliação da cultura e do clima de segurança de uma instituição de saúde. Observa-se uma lacuna na literatura em relação aos estudos sobre a segurança do paciente na odontologia. Nesse contexto, o estudo objetivou analisar o conhecimento sobre a cultura de segurança e a segurança do paciente pela equipe multidisciplinar do Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais. Além disso foi analisada a influência da cultura de segurança na efetividade das ações e notificações de eventos adversos. Foi desenvolvido um estudo observacional transversal. A coleta de dados foi realizada por meio do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture 1.0 versão brasileira*, distribuídos a 61 funcionários da instituição. Os dados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences 21.0*. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer nº 6.471.369 e CAAE: 74484423.0.0000.5149. A taxa de resposta foi de 85,24% (n=52). A nota de segurança do paciente foi considerada muito boa por 47,5% (n=29) dos respondentes. 61,5% (n= 32) concordaram que a equipe se apoia, 54,9% (n=28) que as pessoas se tratam com respeito, 67,3% (n=35) que o supervisor se atenta aos problemas de segurança do paciente, 58,8% (n=30) têm a liberdade de se manifestar ao observarem situações que possam afetar o cuidado. 50% (n=26) consideraram que seus erros poderiam ser usados contra eles, 36,7% (n=18) que o foco do erro recaía sobre a pessoa e não sobre o problema e 44% (n=22) se preocupavam de os erros serem registrados nas fichas funcionais. A grande maioria dos respondentes 90,4% não relatou nenhum evento adverso nos últimos 12 meses (n=47). A análise dos dados permitiu o delineamento do clima de segurança e da segurança do paciente na instituição além da identificação de problemas estruturais, comportamentais e de rotina. Propiciando o estabelecimento de estratégias para implementação de um programa de cultura de segurança, padronização das rotinas de trabalho e educação permanente da equipe. Além de viabilizar a avaliação e o monitoramento dos processos de trabalho, no intuito de mitigar danos e ofertar cuidados em saúde seguros e centrado no paciente.

Palavras-chave: segurança do paciente; odontologia; serviços odontológicos; equipe hospitalar de odontologia.

ABSTRACT

Assessment of patient safety culture in clinical practice at the dental center of the hospital of the Polícia Civil de Minas Gerais in Belo Horizonte

The expansion of access to health services, the dissemination of information and technological advances have resulted in important transformations for modern health care systems, making concern for patient safety a priority and encouraging the improvement of care processes. Safety culture encompasses actions, skills and behaviors that directly impact the quality of care at different levels and reinforces the importance of evaluating the culture and safety climate of a healthcare institution. There is a gap in the literature regarding studies on patient safety in dentistry and primary health care. In this context, the study aimed to assess knowledge of safety culture and patient safety by the multidisciplinary team at the Dental Center of the hospital of the Polícia Civil de Minas Gerais. Furthermore, the influence of safety culture on the effectiveness of actions and notifications of adverse events was analyzed. A cross-sectional observational study was developed. Data collection was carried out using the Hospital Survey on Patient Safety Culture 1.0 Brazilian version questionnaire, distributed to 61 employees of the institution. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences 21.0 software. The study was approved by the research ethics committee of the Universidade Federal de Minas Gerais under protocol nº 6.471.369 and CAAE: 74484423.0.0000.5149. The response rate was 85.24% (n=52). The patient safety rating was considered very good by 47.5% (n=29) of respondents. 61.5% (n=32) agreed that the team supports each other, 54.9% (n=28) that people treat each other with respect, 67.3% (n=35) that the supervisor pays attention to problems of patient safety, 58.8% (n=30) have the freedom to speak out when observing situations that may affect care. 50% (n=26) considered that their mistakes could be used against them, 36.7% (n=18) that the focus of the error fell on the person and not on the problem and 44% (n=22) were worried errors are recorded on the functional sheets. The vast majority of respondents, 90.4%, did not report any adverse events in the last 12 months (n=47). Data analysis allowed the delineation of the safety climate and patient safety in the institution in addition to the identification of structural, behavioral and routine problems. Thus, enabling the establishment of strategies to implementation of a safety culture program, standardization of work routines, ongoing team education in addition to the evaluation and monitoring of work processes, with the aim of mitigating damage and offering safe patient-centered healthcare.

Keywords: patient safety; dentistry; dental services; hospital dental team.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Histórico da segurança do paciente	23
Figura 2 – Algoritmo para procedimentos em caso de ocorrência de acidente envolvendo material biológico de risco no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	124
Figura 3 – Algoritmo para procedimentos de preparação do consultório em caso de pacientes alérgicos ao látex no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	125
Figura 4 – Algoritmo para orientações relativas ao atendimento de pacientes alérgicos ao látex no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	126
Figura 5 – Algoritmo para orientações em relação ao atendimento cirúrgico seguro no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	127
Figura 6 – Algoritmo para orientações acerca da comunicação efetiva no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	128
Figura 7 – Algoritmo para orientações quanto à identificação correta do paciente no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	129
Figura 8 – Algoritmo para orientações referentes à segurança na prescrição de medicamentos no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	130
Figura 9 – Algoritmo para orientações relativas à prevenção de quedas no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	131

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação por tipo de evento adverso.....	30
Quadro 2 – Dimensões da cultura de segurança do paciente do instrumento HSOPSC.....	41
Quadro 3 – Variáveis Seleccionadas.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional da Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COHPC	Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais
CSS	<i>Culture of Safety Survey</i>
EUA	Estados Unidos da América
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IOM	Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América
MOSPSC	Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária
NEA	Agência de Energia Nuclear
NOTIVISA	Notificações em Vigilância da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SLOAPS	<i>Organizational Approach to Patient Safety</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VHA	
PSCQO	<i>Veteran Administration Patient Safety Culture Questionnaire</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1	A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde	18
2.2	Cultura e clima de segurança	20
2.3	Histórico de segurança do paciente.....	23
2.4	Segurança do paciente no Brasil	24
2.5	Segurança do paciente e a Odontologia.....	26
2.6	Impacto na saúde, sociedade e economia.....	33
2.7	Instrumento de avaliação da cultura e do clima de segurança	34
3	OBJETIVOS	38
3.1	Objetivo geral.....	38
3.2	Objetivos específicos	38
4	METODOLOGIA.....	39
4.1	Formulação do problema	39
4.2	Aspectos éticos.....	39
4.3	Local e população do estudo	39
4.4	Critérios de elegibilidade.....	40
4.5	Instrumento de pesquisa e coleta de dados	40
4.6	Análise e tratamento dos dados	42
4.7	Variáveis analisadas	42
4.8	Produto técnico.....	43
5	RESULTADOS	44
5.1	Artigo científico	44
5.2	Plano de segurança do paciente	73
5.3	Curso de qualificação	103
5.4	Algoritmos em saúde	123
5.4.1	Algoritmo para procedimentos em caso de ocorrência de acidente envolvendo material biológico de risco no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	124
5.4.2	Algoritmo para procedimentos de preparação do consultório em caso de pacientes alérgicos ao látex no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	125
5.4.3	Algoritmo para orientações relativas ao atendimento de pacientes alérgicos ao látex no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	126
5.4.4	Algoritmo para orientações em relação ao atendimento cirúrgico seguro no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024.....	127
5.4.5	Algoritmo para orientações acerca da comunicação efetiva no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	128
5.4.6	Algoritmo para orientações quanto à identificação correta do paciente no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	129

5.4.7	Algoritmo para orientações referentes à segurança na prescrição de medicamentos no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024.....	130
5.4.8	Algoritmo para orientações relativas à prevenção de quedas no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024	131
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
	REFERÊNCIAS	134
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	143
	ANEXO A – Questionário para avaliação da cultura de segurança do paciente (FIOCRUZ)	145
	ANEXO B – Aprovação do CEP/UFMG (CAAE-74484423.0.0000.5149/PARECER Nº 6.471.369).....	150
	ANEXO C – Carta de anuência para autorização da pesquisa.....	155
	ANEXO D – Comprovante de submissão do artigo	156

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a preocupação com a segurança do paciente tornou-se prioridade na saúde. A ampliação do acesso aos serviços, a difusão da informação e os avanços tecnológicos resultaram em transformações importantes para os sistemas de cuidados de saúde modernos (Aranaz-Andrés *et al.*, 2011; Araújo *et al.*, 2024; Vincent; Burnett; Carthey, 2013). A segurança do paciente se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados a assistência à saúde até um mínimo aceitável e passou a ser reconhecida como uma dimensão no conceito multidimensional de qualidade em serviços de saúde, envolvendo ações que visam gerenciar e prevenir os riscos a que os pacientes estão expostos (National Academy of Medicine, 2001; World Health Organization, 2005).

Ela pode ser interpretada como uma proteção a um bem jurídico constitucional que inclui a eficiência do cuidado através da proteção da integridade moral e física da pessoa e do direito à vida (European Commission, 2002). Como consequência, as instituições de saúde têm se esforçado em melhorar os processos de cuidado, reconhecendo, em primeira instância, a importância de se estabelecer a cultura e o clima de segurança organizacional (Famolaro *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2019).

A cultura de segurança abrange ações, competências e comportamentos que definem o comprometimento com a gestão da segurança. Para implementá-la, é necessário compreender as crenças, valores e normas preconizadas pela instituição e confrontá-la com as ações e comportamentos esperados e estimulados para valorização da segurança do paciente e qualidade da assistência (Nieva; Sorra, 2003; Raimond *et al.*, 2019). A cultura de segurança deve estar no centro de qualquer serviço de saúde, onde o sistema, a equipe, os indivíduos e o ambiente trabalham em conjunto pela segurança e qualidade (Bailey; Dungarwalla, 2021).

A implementação de uma cultura de segurança positiva implica melhorias na qualidade da assistência à saúde em diferentes níveis, tornando de fundamental importância a avaliação da cultura e clima de segurança de uma instituição (Katz-Navon; Naveh; Stern, 2005; Reis *et al.*, 2023). A sua avaliação permite o conhecimento da cultura praticada, podendo levar à maior conscientização dos profissionais sobre o tema. Os dados coletados subsidiam, ao longo do tempo, o acompanhamento da instituição e a proposição de intervenções necessárias. Quando

realizada de forma contínua, permite a implantação de estratégias para o estabelecimento da cultura justa, não punitiva, mas que não tolera violações. Uma cultura de notificação e aprendizado contínuo, em que os erros identificados são investigados, soluções encontradas e implantadas (Girão *et al.*, 2019).

Para tanto, existem distintos métodos de mensuração da cultura de segurança que avaliam a percepção dos profissionais quanto ao clima de trabalho em equipe, satisfação profissional, condições de trabalho, fatores estressores e permitem compreender, mensurar, identificar problemas, oportunidades de melhoria e propor eventuais intervenções (Gershon *et al.*, 2004; Lopez *et al.*, 2020; Nieva; Sorra, 2003; Raimondi *et al.*, 2019). Além disso, possibilitam maiores informações sobre a percepção dos profissionais na dimensão da cultura de segurança e o status da instituição de saúde. Viabilizando a construção de um diagnóstico situacional que, por meio da detecção de problemas relativos à segurança do paciente, possa direcionar recursos e estratégias para enfrentá-los (Campos; Faria; Santos, 2010; Reis *et al.*, 2016).

Dentre os instrumentos de mensuração da cultura de segurança, o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) tem sido o mais utilizado pela confiabilidade e capacidade de identificar limitações e potencialidades na qualidade do serviço, possibilitando mudanças de cenário nas instituições de saúde (Silva *et al.*, 2020). A mudança de cultura de segurança e dos processos de trabalho adotados, pode influenciar positivamente a entrega de cuidados seguros e centrados no paciente, resultando na diminuição da ocorrência de eventos adversos, na redução da mortalidade e na melhoria na qualidade da assistência à saúde (Costa *et al.*, 2018).

O Centro Odontológico do Hospital estudado é integrado por uma equipe multidisciplinar odontológica composta por profissionais técnicos administrativos, técnicos em saúde, odontólogos e gestores. Os atendimentos ofertados abrangem desde procedimentos clínicos da atenção primária (tratamento das lesões de cárie de baixa complexidade e diagnósticos precoces de outros agravos em saúde bucal) a procedimentos de média complexidade da atenção secundária (tratamentos endodônticos, periodontais, protéticos, ortodônticos, cirúrgicos e odontopediátricos).

Apesar de haver, na literatura científica, diversos trabalhos publicados com esta temática, é escasso o número de estudos envolvendo o conhecimento da equipe odontológica sobre a segurança dos pacientes. A realização de um inquérito avaliando o conhecimento dos profissionais a respeito da cultura de segurança e a segurança

do paciente, juntamente com a proposição de medidas que visem a melhoria nos processos de trabalho podem resultar em um progresso significativo para a instituição, para os profissionais e, sobretudo, para os pacientes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde

A segurança do paciente é uma temática que recebeu ênfase internacional a partir do final do século XX. Com a mudança ocorrida nos sistemas de cuidado e o avanço dos conhecimentos científicos e tecnológicos, o cuidado em saúde assumiu um aspecto complexo, efetivo, porém potencialmente perigoso (Chantler, 1999).

A segurança do paciente assumiu maior relevância a partir de uma publicação do National Academy of Medicine (em português, Instituto de Medicina dos EUA) intitulada “Errar é humano” (National Academy of Medicine, 2000). O documento alertou o público sobre os riscos decorrentes do moderno cuidado de saúde, ressaltando a importância de se considerar a aplicação de técnicas de segurança e a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança a nível organizacional, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar (Kohn *et al.*, 1999).

Como consequência, o *National Academy of Medicine* passa a assumir o conceito de qualidade em saúde como o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente (Kohn *et al.*, 1999). Além disso, a “segurança do paciente” passa a ser incorporada a outros cinco atributos da qualidade, sendo eles: a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade (National Academy of Medicine, 2001).

A abordagem sobre qualidade do cuidado em saúde emergiu nos Estados Unidos da América (EUA) a partir do trabalho de Donabedian (1980). Segundo o autor, a avaliação da qualidade é o julgamento a respeito do processo de cuidado, baseado na medida do quanto este contribui para resultados desejáveis. Portanto, seu trabalho foi precursor ao desenvolver, inspirado na teoria dos sistemas, um modelo conceitual de avaliação da qualidade em saúde a partir da tríade estrutura, processo e resultado.

A estrutura inclui recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica, os quais correspondem às suas características mais estáveis. Ela contempla também os sistemas de apoio, a engenharia biomédica e a forma como os serviços são organizados. Apesar de ser

difícil quantificar a contribuição exata da estrutura para a qualidade final da assistência prestada, é bem estabelecido que uma estrutura adequada eleva a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade.

Já o processo, abrange as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, como o cuidado ao paciente, à fidelidade com que os protocolos e intervenções são realizadas, ou seja, como a estrutura é efetivamente utilizada no sistema. É por meio destas relações que se obtêm os resultados da assistência e a valoração da qualidade. O resultado, por sua vez, diz respeito ao produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas. É este componente que contempla o impacto dos processos sobre o estado de saúde para o paciente e para a organização (Donabedian, 1980). Posteriormente, Donabedian (1990) estabeleceu sete atributos dos cuidados de saúde que definem a sua qualidade, sendo eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Ao longo do tempo, os atributos ou dimensões que compõem a qualidade do cuidado em saúde e a segurança do paciente foram revistos e ampliados (Gomes, 2008). A segurança do paciente foi definida como a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável e do risco da probabilidade de ocorrência de um acidente (Runciman *et al.*, 2009; World Health Organization, 2005). O mínimo aceitável leva em consideração o que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratar ou de realizar outro tratamento (World Health Organization, 2023).

No Brasil, a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 do Ministério da Saúde que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) define, em seu artigo 4º, a segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (Brasil, 2013a).

A crescente preocupação com a segurança do paciente reforça o fato de que este atributo é prioritário da qualidade nos sistemas de saúde em todo o mundo. Ela tem se tornado cada vez mais importante e relevante frente à contribuição de estudos epidemiológicos que evidenciaram os efeitos indesejáveis da assistência à saúde causados por falhas de qualidade (Ehsani; Duckett; Jackson, 2007; Hofmann; Mark, 2006; Mendes *et al.*, 2009; Novaretti *et al.*, 2014).

Desde então, partilhar uma cultura de segurança positiva nas instituições

de saúde emerge como um dos requisitos essenciais para reduzir, na medida do possível, a ocorrência de eventos adversos, por meio do aprendizado proativo a partir dos erros e redesenho dos processos (Handler *et al.*, 2006). Para tanto, o desenvolvimento de uma cultura de segurança se torna um importante elemento para se estabelecer e se manter um hospital seguro (Toso *et al.*, 2016).

2.2 Cultura e clima de segurança

O termo cultura de segurança foi utilizado pela primeira vez pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) da Agência de Energia Nuclear (NEA) ao publicar um relatório sobre o acidente nuclear de Chernobyl, na Ucrânia, no ano de 1986 (Cooper, 2000).

O conceito, por sua vez, surgiu a partir de organizações e sistemas que executavam operações perigosas, sendo definido como o produto de valores, atitudes, percepções e competências, individuais ou coletivas, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição (Sorra *et al.*, 2010).

Gama e Saturno (2013) acreditam que a promoção de uma cultura de segurança organizacional deve incluir a prevenção, a identificação e a resolução dos problemas de segurança, resultando na criação e manutenção da cultura de segurança. A prevenção dos problemas de segurança do paciente ocorre com o desenho ou planejamento de estruturas e processos que impliquem diretamente nessa dimensão da qualidade. O planejamento dos cuidados deve considerar a implantação de boas práticas e barreiras efetivas para impedir a ocorrência de erros ou diminuir a sua probabilidade e impacto nos pacientes e na organização (Gama; Saturno, 2013).

A identificação dos problemas, das situações susceptíveis de melhoria em segurança e o controle da efetividade das intervenções estabelecidas ocorre pelo desenvolvimento de indicadores de monitoramento ou pelo emprego de um sistema de notificação de incidentes. Após a identificação dos problemas existentes relacionados à segurança do paciente, é fundamental estabelecer medidas de correção. Para isso é necessária a realização de avaliação baseada em requisitos de qualidade, de forma a intervir no problema identificado e reavaliar a efetividade da melhoria aplicada (Gama; Saturno, 2013).

Estabelecidos e cumpridos estes objetivos, ocorre a criação da cultura de segurança. Em seguida, a organização deve criar métodos de manutenção da cultura. É importante que os objetivos da organização sejam coerentes com a meta de melhoria da segurança (Gama; Saturno, 2013).

Na percepção do *National Quality Forum* (2010), Fórum Nacional da Qualidade, as quatro práticas recomendadas para melhorar a segurança através da criação e manutenção de uma cultura de segurança envolvem a definição de estruturas e sistemas de liderança; a avaliação da cultura, informações sobre resultados e intervenções; a promoção do trabalho em equipe; a identificação e mitigação de riscos e perigos.

A cultura de segurança organizacional pode ser categorizada em níveis de evolução de maturidade. Inicialmente, há uma cultura patológica, em que a segurança é um problema causado pelos trabalhadores e a preocupação com a segurança traduz-se apenas por não ser pego por agentes reguladores. Superada esta etapa, evolui-se para a cultura reativa, de modo que as ações corretivas são tomadas após a ocorrência de um determinado incidente. Como consequência, a segurança passa a ser vista como algo sério (Hudson, 2003).

Em seguida, há a cultura calculada, aquela em que a segurança é gerenciada administrativamente, através da coleta de dados e melhorias implementadas pelos gerentes. Existe a cultura proativa, caracterizada pela tomada de iniciativa por parte dos funcionários da organização para melhoria da segurança. Por fim, a cultura participativa, em que há participação ativa dos funcionários de todos os níveis e a segurança passa a ser vista como parte inerente ao negócio (Hudson, 2003).

O ideal é que as organizações alcancem o nível de maturidade participativa, de modo que haja uma comunicação fundamentada na confiança mútua, confiança na efetividade de medidas preventivas, trabalho em equipe, primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização e percepção comum da importância da segurança (United Kingdom, 1993; World Health Organization, 2023).

Estudos demonstram que essas características compõem elementos fundamentais para que uma cultura de segurança participativa seja efetivamente alcançada em organizações de alto-risco, incluindo as organizações prestadoras de cuidados de saúde (Ehsani; Duckett; Jackson, 2007; Hofmann; Mark, 2006; Mendes

et al., 2009; Novaretti *et al.*, 2014).

Por ser um ambiente organizacional complexo constituído por profissionais de diferentes áreas, que têm formações e maneiras distintas de executar serviços, a obtenção da cultura organizacional nas instituições de saúde é desafiadora. Portanto, é de extrema importância que a cultura organizacional propicie um ambiente adequado para que as atitudes e comportamentos relativos à cultura de segurança permeiem toda a instituição, independentemente do nível hierárquico e da área de atuação (Carrera, 2012; Paese; Dal Sasso, 2013).

A cultura de segurança positiva promove prevenção de erros como prioridade para todos, envolvendo a vigilância, a divulgação das práticas mais seguras e o acompanhamento dos resultados por gestores, lideranças, profissionais e pacientes (Pedreira, 2009). Nas instituições de saúde, a mudança de cultura e dos processos de trabalho adotados estão diretamente relacionados a diminuição dos eventos adversos, redução da mortalidade e a melhoria na qualidade da assistência à saúde (Katz-Navon; Naveh; Stern, 2005; Oliveira *et al.*, 2014).

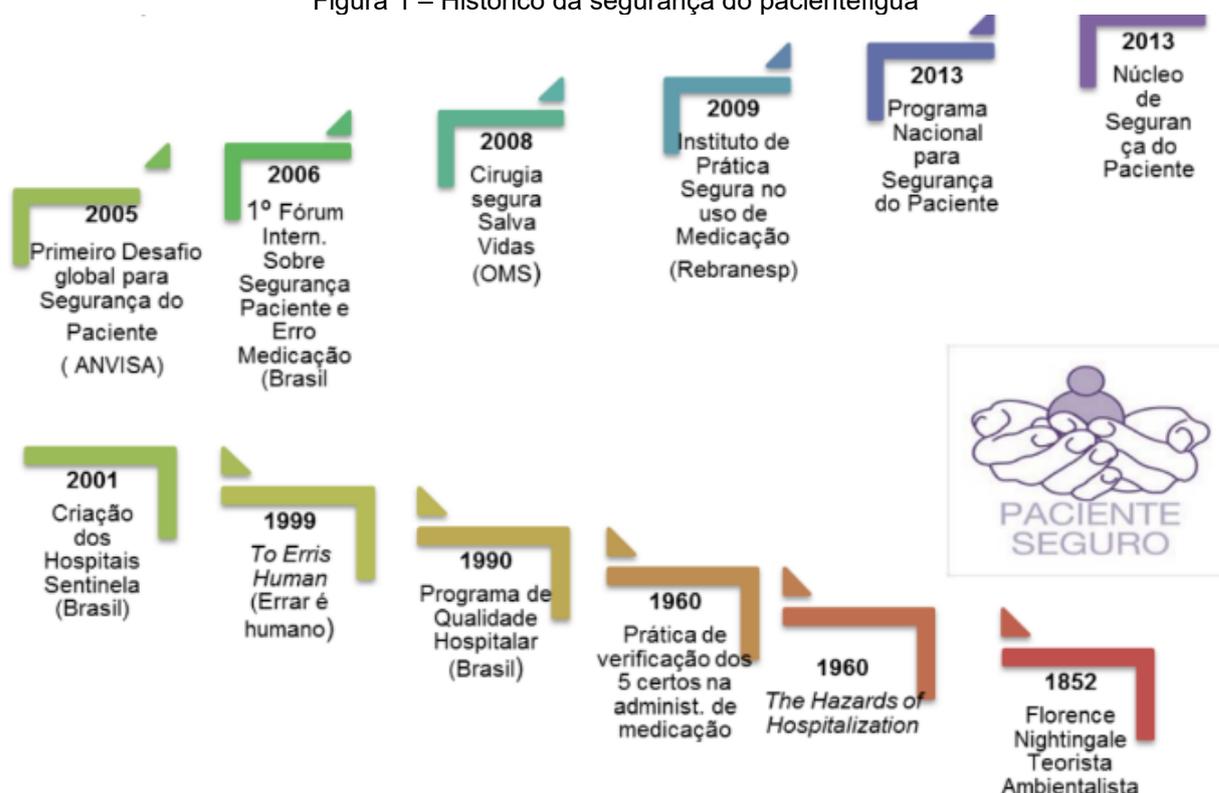
Apesar de as expressões “cultura de segurança” e “clima de segurança” serem utilizadas como sinônimos em muitos estudos, é importante estabelecer que o clima de segurança é definido como a medida temporal do estado da cultura de segurança da instituição e pode ser medido pelas percepções individuais sobre as atitudes da organização quanto à cultura de segurança (González-Romá *et al.*, 1999). Portanto, o clima de segurança contempla as características superficiais da cultura de segurança, a partir das percepções e atitudes dos indivíduos em um determinado período, tornando-os os componentes mensuráveis da cultura de segurança (Carvalho *et al.*, 2021; Colla *et al.*, 2005).

Assim, a gestão da cultura organizacional e da segurança do paciente figuram entre os principais grupos de atividades de gestão da qualidade, na qual o objetivo principal é a garantia de atendimento satisfatório, envolvida numa cultura positiva entre os profissionais da organização de saúde e paciente (Pedreira, 2009; Campelo *et al.*, 2021). Sobretudo, a avaliação da cultura e do clima de segurança é de fundamental importância para implementar e viabilizar a manutenção de ações que visem, efetivamente, uma cultura positiva e resultem na segurança dos profissionais da saúde e dos pacientes (Paese; Dal Sasso, 2013).

2.3 Histórico de segurança do paciente

A história da segurança do paciente, como atributo de qualidade do cuidado, foi sumarizada por Nascimento e Draganov (2015) na Figura 1.

Figura 1 – Histórico da segurança do paciente



Fonte: Nascimento e Draganov (2015).

Na década de 90, com a iniciativa de se avaliar a frequência dos eventos adversos, a ótica sobre os cuidados em saúde mudou e passou a enfatizar a segurança do paciente. No ano de 1999, a publicação do relatório “Errar é Humano: construir um sistema de saúde mais seguro” marcou a história da segurança do paciente ao divulgar que o índice de óbitos advindos da própria assistência, em hospitais dos EUA, extrapolou os dados dos últimos estudos (National Academy of Medicine, 2001). Esse fato ganhou notoriedade global em decorrência de seu impacto na economia e na qualidade do cuidado.

No século 20, como consequência da rápida evolução dos cuidados em saúde, os erros na assistência foram interpretados como situações inevitáveis, inerentes ao cuidado (World Health Organization, 2021; Yamalik; Perea-Pérez, 2012). Em 2002, na 55ª Assembleia Mundial da Saúde, a OMS fez um acordo com os estados

membros objetivando fortalecer os sistemas de saúde em prol da melhora na segurança do paciente e na qualidade do cuidado (World Health Organization, 2002).

A partir desses dados, a saúde iniciou estudos comparativos dos riscos assistenciais com outros setores de alto risco como a aviação, mudando o paradigma em relação ao conceito de segurança do paciente. Nesse momento, foi possível vislumbrar a ideia sistemática do cuidado seguro. O erro humano passou a ser analisado no contexto em que o cuidado está inserido. Avaliando a sua interação com a estrutura, o processo, a comunicação e o ambiente de trabalho. Nesse momento, passou-se a entender o risco como um fenômeno sistêmico, e a segurança do paciente passou a ser compreendida na perspectiva de resultados aceitáveis na medida do possível (Duarte *et al.*, 2018; World Health Organization, 2021).

Nas últimas décadas a segurança do paciente tornou-se assunto prioritário na saúde. Além do foco no dano ao paciente, passou-se a avaliar perdas econômicas e de acesso decorrentes do cuidado inseguro (World Health Organization, 2018; Reis *et al.*, 2013). O custo econômico passou a ser compreendido como custos diretos, decorrentes dos desperdícios de recursos, e os indiretos, decorrentes da perda de produtividade da população (World Health Organization, 2021).

2.4 Segurança do paciente no Brasil

No Brasil, a segurança do paciente passou a ser enfatizada, a partir de 2013, com a publicação da Portaria MS/GM nº 529/2013. A portaria objetivou a qualificação do cuidado através da instituição do PNSP (Brasil, 2013a). O programa objetivou articular as políticas de saúde a fim de promover e implementar iniciativas em segurança do paciente baseadas na prática assistencial segura, no envolvimento do paciente em sua segurança, na inclusão do tema no ensino e no incremento da pesquisa.

Em julho do mesmo ano foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC ANVISA) de número 36 versando sobre as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares incluindo os de ensino e pesquisa. A RDC 36, compulsoriamente, direciona a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente e dos Planos de Segurança do Paciente em Serviços de saúde (Brasil, 2013b).

Uma das ações do núcleo de segurança do paciente (NSP) é a notificação e monitoramento dos eventos adversos em suas instituições, além de registrá-los no sistema de notificações em vigilância da saúde (NOTIVISA). Dessa forma a Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA) tem acesso aos dados, realiza um compilado nacional e o divulga, anualmente. Esses dados são um retrato da Segurança do Paciente e sua análise permite o delineamento de estratégias em prol de atendimentos mais seguros (Brasil, 2017).

As duas últimas análises realizadas pela ANVISA, baseadas nos resultados das notificações efetuadas no NOTIVISA nos anos de 2022 e 2023, mostraram um aumento no número de incidentes notificados ao mês. Em 2022 o maior número de notificações aconteceu entre os meses de julho a setembro. O pico de notificações aconteceu em agosto, com registro de 30.000 incidentes notificados (Brasil, 2022). Enquanto em 2023, os dados das notificações se mantiveram mais homogêneos ao longo do ano. Os maiores registros se repetiram entre os meses de julho a setembro com pico em agosto, chegando a quase 40000 o número de eventos notificados (Brasil, 2023).

A análise comparativa dos eventos adversos nos atendimentos ambulatoriais nos anos de 2022 e 2023 revelou uma redistribuição dos tipos de eventos notificados. Houve um aumento significativo nas falhas administrativas, quedas, identificação do paciente, na documentação e evasão dos tratamentos. Apenas as falhas durante a assistência à saúde sofreram ligeira redução (Brasil, 2022, 2023).

Em 2022 observamos um destaque nas falhas durante a assistência com aproximadamente 1250 notificações, 375 falhas administrativas e cerca de 130 falhas na identificação do paciente. Já em 2023 observamos uma média de 1050 registros de falhas durante a assistência, 400 falhas administrativas e 300 falhas na identificação do paciente. Observa-se um aumento significativo de erros na identificação do paciente (Brasil, 2022, 2023).

A estratificação dos casos por estado evidenciou que Minas Gerais e São Paulo lideraram o *ranking* de notificações nos últimos dois anos, quando comparado aos outros estados da federação. São Paulo em 2022 ultrapassou 50.000 notificações/ano e Minas Gerais um pouco mais de 40.000. Já no ano de 2023, 70.000 e 50.000 notificações de eventos adversos foram registrados em São Paulo e Minas Gerais, respectivamente (Brasil, 2022, 2023).

Em Minas Gerais, o número de notificações em 2022 foi de 52.188 sendo que a maioria delas, 5583, foi realizada em outubro. O tipo de incidente mais comum foi falhas na assistência à saúde com 18.679 registros. Importante evidenciar o número de erros nos serviços ambulatoriais, onde as falhas durante a assistência chegaram a 908 registros e falhas na identificação dos pacientes a 41. Ao analisar o grau de severidade do dano notificado, 1120 foram considerados danos leves. A faixa etária mais acometida foi 66 a 75 anos com 9.486 lançamentos realizados no NOTIVISA (Brasil, 2022).

Em 2023, Minas Gerais registrou 65.589 eventos adversos, o que representou um aumento de 25.67% em relação ao ano anterior. O mês com maior número de eventos registrados, 6240, continuou sendo outubro. As falhas na assistência à saúde se mantiveram no topo dos eventos adversos mais comuns, totalizando 21.131 registros. Desses, 537 ocorreram nos serviços ambulatoriais. De todos os incidentes notificados, 1917 foram classificados como danos leves. A faixa etária mais acometida foi 66 a 75 anos com 12.494 lançamentos realizados no NOTIVISA (Brasil, 2023).

Um dado que chama a atenção em Minas Gerais são os *never events*. Os *never events* são eventos adversos que jamais deveriam ocorrer por causarem danos graves ou mesmo levar o cidadão à óbito (Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente, 2020). Durante os dois últimos anos, eventos como suicídio, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido durante a assistência e/ou dentro do serviço de saúde estiveram entre os 3 primeiros *never events*. Outro dado que chamou a atenção foi o aumento de 66% de notificações de cirurgias realizadas do lado errado do corpo (Brasil, 2022, 2023).

2.5 Segurança do paciente e a Odontologia

A segurança do paciente com foco na prevenção da ocorrência e recorrência de eventos adversos, assim como no planejamento de estratégias para seu enfrentamento é considerada fundamental na construção, avaliação e desempenho de todos os sistemas de cuidados em saúde (World Health Organization, 2021). Embora a maioria dos estudos se relacione ao ambiente hospitalar, os cuidados odontológicos são potencialmente passíveis de erros, principalmente se levarmos em consideração o aumento da complexidade e das tecnologias sofisticadas

em saúde (Abreu *et al.*, 2015; Corrêa; Sousa; Reis, 2020; Hågensen *et al.*, 2018; Ismail; Khalid, 2022; Kalenderian *et al.*, 2018; Lorenzini; Santi; Bao, 2014; Obadan; Ramoni, 2015; Perea-Pérez *et al.*, 2020; Thusu; Panesar; Bedi, 2012; Yamalik; Perea-Pérez, 2012).

Na odontologia a segurança do paciente é considerada, portanto, um grande desafio nos cuidados em saúde requerendo esforços de todos os membros da equipe, desde a assistência até a gestão, atuando conjuntamente nas tomadas de decisão (Cheng; Yen; Lee, 2019; Ismail; Khalid, 2022; Silva *et al.*, 2020). O objetivo final de toda assistência em saúde deve ser a entrega de cuidados efetivos, seguros e que entenda as limitações do fator humano envolvido. Considerar o profissional e sua inter-relação com o meio (equipe, tecnologia, ambiente de trabalho) é importante por serem fatores que operam independentes do conhecimento e da experiência clínica (Bailey; Dungarwalla, 2021).

No entanto, a segurança do paciente ainda é incipiente na odontologia, principalmente se compararmos a estudos publicados na área médica e de enfermagem (Perea-Pérez *et al.*, 2014, 2020; Thusu; Panesar; Bedi, 2012; Yamalik; Perea-Pérez, 2012). Essa incipiência pode estar relacionada a algumas peculiaridades da própria profissão. A prática isolada que pode levar a omissão de eventos adversos ocorridos, a tratativa desses eventos que, na maioria das vezes, é realizada por outro profissional de saúde e a pouca conexão existente entre dentistas e outros profissionais de saúde, considerado um limitador na divulgação do conhecimento e na análise dos eventos adversos (Corrêa; Sousa; Reis, 2020; Perea-Pérez *et al.*, 2014; Yamalik; Perea-Pérez, 2012). Alcançar competência nos princípios de segurança do paciente é muito importante para o futuro da equipe odontológica e deve ser sempre promovida através dos currículos escolares (Al Sweleh; Al Saedan; Al Dayel, 2018).

Um dos principais problemas na odontologia é a ausência de registros sobre os eventos adversos, o que implica perda de dados, impossibilitando o aprendizado com os erros (Perea-Pérez *et al.*, 2014; Thusu; Panesar; Bedi, 2012). Na odontologia, somente eventos mais sérios são conhecidos em decorrência dos envolvimento legais ou das mídias sociais (Alves; Carvalho; Albuquerque, 2019; Kalenderian *et al.*, 2018). Observa-se a necessidade de a equipe odontológica desenvolver habilidades que a capacitem a lidar com esses desafios, sendo evidente o caráter ético e legal de proteção a danos ao paciente (Perea-Pérez *et al.*, 2020;

Yamalik; Perea-Pérez, 2012). Os danos associados aos cuidados são grandes desafios para a saúde pública e o bem-estar (Avery *et al.*, 2021; Maramaldi *et al.*, 2016).

A maioria dos eventos adversos preveníveis ocorridos na odontologia, se relacionam a um número pequeno de causas e seus dados são insuficientes, quase nunca sendo divulgados a outros profissionais (Perea-Pérez *et al.*, 2020). Segundo Thusu, Panesar e Bedi (2012), a maioria dos incidentes reportados se relacionam a erros de gerenciamento e comunicação, que podem ser facilmente resolvidos através da checagem correta das informações, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e confirmação dos registros coletados (Thusu; Panesar; Bedi, 2012). Já Obadan e Ramoni (2015) relatam tratamentos desnecessários, demora no diagnóstico e no tratamento como eventos mais reportados, na área odontológica.

O baixo número de notificações pode ser atribuído ao fato de os dentistas considerarem seus erros sem risco, com risco insignificante à vida ou até mesmo pela falta de ferramentas específicas para notificá-los (Corrêa; Sousa; Reis, 2020; Obadan; Ramoni, 2015; Thusu; Panesar; Bedi, 2012). É importante pontuar que a notificação é um comportamento ético, permite aprendizado com os erros e quando voluntária encoraja os profissionais a notificarem, além de, após sua análise, permitir o estabelecimento de possíveis soluções para os problemas identificados (Alves; Carvalho; Albuquerque, 2019; Avery *et al.*, 2021; Corte-Real *et al.*, 2021; Fassi *et al.*, 2023; Obadan; Ramoni, 2015; Perea-Pérez *et al.*, 2020; Thusu; Panesar; Bedi, 2012; Yamalik; Perea-Pérez, 2012). Para isso devem sempre vir acompanhadas da análise de causa raiz (Corrêa; Sousa; Reis, 2020; Ismail; Khalid, 2022; Obadan; Ramoni, 2015).

É imperativo os dentistas serem capazes de interceptar erros antes de desencadear um evento adverso e, assim, mitigá-los (Corrêa; Sousa; Reis, 2020; Obadan; Ramoni, 2015). Além de estarem aptos a utilizar ferramentas adequadas na melhoria da segurança do paciente e contribuir nas discussões sobre o assunto (Bailey; Dungarwalla, 2021). Para isso, sugere-se uma abordagem sistemática sustentada pelo entendimento das causas e tipos de eventos adversos, envolvendo agências de pesquisa, profissionais da prática clínica e gestão, pacientes e familiares. Sendo essa, uma área ainda pouco explorada na odontologia (Corrêa; Sousa; Reis, 2020; Obadan; Ramoni, 2015).

Um sistema classificatório de eventos adversos padronizado e categorizado, permite a comunicação dos erros de maneira adequada. É desafiador notificar sem uma taxonomia em decorrência da diversidade de conteúdo nos eventos (Corrêa; Sousa; Reis, 2020; Kalenderian *et al.*, 2021). Um sistema de classificação pode aumentar a consciência do dentista, estimulá-lo a pensar proativamente sobre a quantidade de danos ocorridos decorrentes dos atendimentos odontológicos, além de avaliar sua extensão (Maramaldi *et al.*, 2016; Kalenderian *et al.*, 2021). Já a categorização possui vantagens como desenvolvimento dos registros, habilidade de identificar riscos à segurança, conscientização dos profissionais, monitoramento das ameaças e avaliação das práticas seguras (Kalenderian *et al.*, 2021; Maramaldi *et al.*, 2016).

Ensaldo-Carrasco *et al.* (2021) propuseram uma classificação de incidentes em primários (aqueles mais próximos dos resultados), contribuidores (aqueles que precedem os incidentes), os pré-operatórios (aqueles que revelam falhas na provisão de um cuidado eficiente ex.: demora no diagnóstico) e os intraoperatórios (erros procedimentais).

Kalenderian *et al.* (2021) sugeriram a classificação dos eventos adversos odontológicos em tipos e categorias. Nos tipos de eventos, foram classificados aqueles mais frequentemente encontrados em seus estudos e nas categorias foram levados em consideração o grau de gravidade do dano, como descrito no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 – Classificação por tipo de evento adverso

Tipo do evento adverso	Número de EA
Dor	
Infecção	
Dano aos tecidos duros	
Injúria ao nervo	
Dano/ inflamação aos tecidos moles	
Outros danos orofaciais	
Alergia, toxicidade, resposta e corpo estranho	
Aspiração ou ingestão de corpo estranho	
Local errado, paciente errado procedimento errado	
Sangramento	
Outros danos sistêmicos	
Outros danos	
Total	
Categoria de severidade dos eventos adversos	
E1	Temporária (reversível ou transitória) dano mínimo ou médio ao paciente
E2	Temporária (reversível ou transitória) dano moderado a severo ao paciente
F	Dano ao paciente que requereu transferência para a sala de emergência e/ou hospitalização prolongada
G1	Dano permanente mínimo ou médio
G2	Dano permanente moderado à severo
H	Intervenção requer suporte de vida
I	Morte

Fonte: Kalenderian *et al.* (2021).

A notificação é essencial para o aprendizado com os erros (Ismail; Khalid, 2022; Kalenderian *et al.*, 2021). Os sistemas de notificação de incidentes podem fornecer percepções contínuas sobre os incidentes em segurança (Ensaldo-Carrasco *et al.*, 2021). No entanto, observa-se resistência, nos profissionais de saúde, em realizar notificações. A literatura tem reportado como causa dessa recusa o medo das penalizações, sendo a cultura da punição ainda uma realidade nas instituições de

saúde (Alves; Carvalho; Albuquerque, 2019; Bohomol; Melo, 2019; Fassi *et al.*, 2023). Essa cultura, no entanto, precisa ser mudada, uma vez que, o erro notificado permite a limitação dos danos nos cuidados em saúde, promove a sustentabilidade das instituições na redução de gastos desnecessários além de promover a segurança legal para os cirurgiões dentistas (Perea-Pérez *et al.*, 2020; Yamalik; Perea-Pérez, 2012).

A maioria dos trabalhos que avaliam a cultura de segurança nas instituições identificou como ponto de fragilidade a cultura punitiva frente às notificações de eventos. Esse tipo de entendimento, por parte da equipe, predispõe à percepção negativa da segurança do paciente na instituição. Isso porque a cultura da culpa torna o aprendizado com os erros improvável, foca em criticar indivíduos ao invés de avaliar os processos de trabalho e o sistema como um todo. Comportamento que causa vergonha na equipe, impedindo a transparência nas ações e criando um clima desconfortável de trabalho (Alqattan; Cleland; Morrison, 2018; Ismail; Khalid, 2022).

A cultura é a base dos comportamentos e ações nas organizações (Ventura; Silva; Alves, 2020). O fortalecimento da cultura de segurança nas instituições deve ser valorizado pelos gestores, através da implementação de ações que favoreçam o bem-estar profissional e o cuidado seguro (Silva, 2019; Tobias *et al.*, 2013). É necessário que as instituições estimulem a gestão participativa, encorajando trabalhadores a assumirem papéis protagonistas na gestão da qualidade em saúde (Ventura; Silva; Alves, 2020).

Organizações com culturas de segurança definida são caracterizadas pela comunicação efetiva baseada em valores compartilhados, planejamentos em comum, engajamento das partes interessadas, treinamentos dos prestadores de serviço e avaliação contínua da cultura (Girão *et al.*, 2019; Ismail; Khalid, 2022; Yansane *et al.*, 2020). A promoção de uma cultura justa favorece a comunicação efetiva, o trabalho em equipe e a transmissão do conhecimento contribuindo para práticas assistenciais exitosas (Baratto *et al.*, 2021; Girão *et al.*, 2019).

O papel da liderança é primordial na sustentação da cultura pois ela é capaz de proporcionar um ambiente de trabalho em que os prestadores se sentem à vontade em reportar incidente, relatar erros e aprender com eles (Reis *et al.*, 2023; Yansane *et al.*, 2020). A gestão é responsável por revisão e melhoria dos processos de trabalho que podem repercutir no comportamento e desempenho dos trabalhadores e por

conhecer e auxiliar nos desafios que a equipe enfrenta (Baratto *et al.*, 2021; Bohomol; Melo, 2019).

Quanto maior o suporte da gestão, da equipe, da comunicação e do feedback melhor a segurança do paciente. Quando todos estão comprometidos com a segurança do paciente, é possível alcançar processos seguros e boas performances nos resultados (Draganović; Offermanns, 2022; Reis *et al.*, 2023). O gestor deve ser agente de transformação e mudança, promover a segurança como responsabilidade compartilhada, interagir com seu time através da comunicação aberta, educação e confiança (Mrayyan, 2022).

Importante capacitar os profissionais na cultura de segurança, com foco nas ações de prevenção, protocolos, processos de trabalhos mais bem estruturados, ambientes de discussões e aprendizagem, a fim de garantir o atendimento seguro (Santos *et al.*, 2019). Profissionais de saúde que não se capacitam em segurança do paciente durante a educação profissional ou prática clínica apresentam em sua maioria, maior percentual de atitudes negativas nas dimensões da segurança do paciente. A educação em segurança do paciente é essencial para qualificação das atitudes dos profissionais (Ismail; Khalid, 2022).

Um atendimento seguro na odontologia requer o alinhamento da equipe quanto a práticas consideradas essenciais. Dentre elas, pode-se destacar a cultura de segurança positiva, qualidade dos registros de primeira consulta (patologias prévias, alergias e medicações em uso), protocolos claros e disponíveis à equipe (limpeza, desinfecção, esterilização, conservação dos instrumentais) e *checklist* cirurgia segura (Corrêa; Sousa; Reis, 2020; Perea-Pérez *et al.*, 2020; Thusu; Panesar; Bedi, 2012).

Óculos de proteção para os pacientes, cuidado na prescrição medicamentosa, limitação da radiação ionizante, barreiras físicas para evitar aspiração ou deglutição, monitoramento de infecções orais e protocolo para emergências também são componentes importantes (Perea-Pérez *et al.*, 2020; Thusu; Panesar; Bedi, 2012). Soma-se a esses elementos, a auditoria clínica, o treinamento contínuo do funcionário, o acompanhamento das fases de notificação, a análise do risco, o envolvimento dos pacientes e familiares e o trabalho em equipe (Corrêa; Sousa; Reis, 2020).

Em decorrência das peculiaridades organizacionais dos cuidados odontológicos, as estratégias de melhoria da qualidade devem ser desenvolvidas de

acordo com a realidade local (Ensaldo-Carrasco *et al.*, 2021). Uma revisão integrativa da literatura identificou como pontos positivos da segurança do paciente a percepção dos funcionários quanto à segurança, o cuidado centrado no paciente, a equidade do cuidado e a valorização do trabalho em equipe.

As fragilidades apontaram para a baixa notificação de incidentes, escassez de treinamento, acompanhamento deficiente do paciente e falta de apoio da liderança. Do ponto de vista das fragilidades organizacionais observou-se a estrutura física, os agendamentos, o gerenciamento dos pacientes, responsabilidades e influências políticas, cultura punitiva e falta de simplificação dos sistemas de notificação (Corrêa; Sousa; Reis, 2020).

O despreparo e desconhecimento da cultura de segurança do paciente, provavelmente decorrem do atraso em incorporar essas recomendações no currículo e na prática odontológica nos estágios iniciais da carreira (Al-Surimi; Alayadi; Salam, 2018). Sugere-se, então, educação permanente aos profissionais mediada por instrumentos que norteiem os limites e as necessidades da equipe, para oferecerem uma assistência humanizada, acolhedora, baseada em evidências, proativa e capaz de identificar riscos para a entrega de cuidados seguros (Mrayyan, 2022; Raimondi *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2020).

2.6 Impacto na saúde, sociedade e economia

A busca por cuidados em saúde de qualidade e mais seguros traz inúmeros benefícios como a redução da carga global de doenças, maior longevidade aos pacientes e redução nos custos adicionais com o cuidado, custos esses, algumas vezes inacessíveis aos países (Gariglio, 2012; Kaplan; Milstein, 2019).

Segundo a OMS, o impacto econômico, com os custos adicionais decorrentes de correções e complicações de eventos adversos evitáveis, gira em torno de 15% dos gastos totais em saúde nos países desenvolvidos (World Health Organization, 2018). Os custos mais amplos com as incapacidades de longo prazo e perda de produtividade foram em torno de trilhões de dólares a cada ano. Calcula-se que em países de alta renda 1 em cada 10 pacientes está sujeito a um evento adverso e nos de baixa renda até 1 em cada 4 (Organization for Economic Co-operation and Development, 2017). Dados recentes estimam o gasto de 1 a 2 trilhões de dólares por

ano de custo social com danos evitáveis ao paciente (World Health Organization, 2021).

2.7 Instrumento de avaliação da cultura e do clima de segurança

A busca por qualidade e melhoria dos serviços de atenção à saúde é uma necessidade técnica e social, de modo que a adoção de um sistema de gestão da qualidade torna-se uma decisão estratégica das organizações de saúde (Carvalho *et al.*, 2004; Quinto Neto, 2000).

De fato, existe um empenho constante por medidas e soluções que viabilizem a manutenção da qualidade nos cuidados em saúde associada a uma redução no nível de risco para os pacientes. A segurança é uma das dimensões da qualidade em saúde, sendo que qualidade e segurança são atributos indissociáveis. O desenvolvimento de uma cultura de segurança é o elemento mais importante para se estabelecer e se manter o hospital seguro (Colla *et al.*, 2005; Halligan; Zecevic, 2011).

Por isso, a comunidade científica e diversas organizações de saúde buscam por métodos e técnicas que determinem o tipo e a natureza da cultura de segurança dos profissionais para com seus pacientes. A determinação destes aspectos sob a ótica da cultura da segurança serve como ponto de partida para o planejamento de ações que garantam a prestação de cuidados em saúde seguros (Robb; Seddon, 2010). A avaliação determina o status da organização e estabelece sua situação atual, o que possibilita a tomada de decisões direcionadas para o alcance da excelência em qualidade e o aprimoramento da segurança dos processos assistenciais (Flin *et al.*, 2006; Raimondi *et al.*, 2019).

A avaliação da cultura de segurança, já exigida por organismos internacionais de acreditação hospitalar, permite identificar e gerir prospectivamente as questões relevantes de segurança nas rotinas e nas condições de trabalho, a fim de monitorar mudanças e resultados relacionados à segurança. Esses resultados refletirão diretamente na excelência dos serviços prestados, na segurança dos pacientes, na credibilidade dos serviços pelos clientes e na competitividade de mercado (Reis; Martins; Languardia, 2013).

Por meio da avaliação do clima de segurança, é possível diagnosticar a cultura de segurança e o nível de conscientização dos funcionários acerca do tema;

avaliar as intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento de mudanças ao longo do tempo; comparar o status da organização com dados de referência internos e externos; e verificar o cumprimento de necessidades regulatórias segundo as legislações vigentes (Nieva; Sorra, 2003; Silva *et al.*, 2019).

Dentre os métodos de avaliação da cultura e clima de segurança, o mais utilizado envolve a mensuração numérica por meio de escalas e questionários (Cavalcante *et al.*, 2019; Rigobello *et al.*, 2012). Estes instrumentos avaliam a percepção dos profissionais quanto ao clima de trabalho em equipe, satisfação profissional, condições de trabalho e fatores estressores. Esta abordagem, caracterizada como quantitativa, contempla a cultura de segurança com base em seus componentes mensuráveis (Gershon *et al.*, 2004; Silva *et al.*, 2019). Em contrapartida, existem abordagens, consideradas qualitativas, que avaliam a cultura e o clima de segurança por meio de técnicas de observação associadas a entrevistas (Nascimento, 2011; Singla *et al.*, 2006).

Embora existam outras abordagens, a maior parte dos estudos que avalia cultura e clima de segurança em organizações de saúde utiliza métodos quantitativos por meio de questionários e escalas como instrumento de coleta de dados (Lopez *et al.*, 2020; Raimondi *et al.*, 2019; Rigobello *et al.*, 2012).

Por exemplo, Rigobello *et al.* (2012) avaliaram a percepção do clima de segurança de profissionais de enfermagem atuantes nas clínicas médicas e cirúrgicas de um Hospital localizado na cidade de Ribeirão Preto (São Paulo). Para mensurar o clima de segurança, foi utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire – SAQ*) validado e adaptado culturalmente para a realidade dos hospitais brasileiros. Por meio do questionário, foi possível observar um alto nível de satisfação no trabalho por todos os profissionais, elemento fundamental para a garantia da cultura da segurança e, sobretudo, para a segurança do paciente.

Empregando também uma abordagem quantitativa, Raimondi *et al.* (2019) compararam a cultura de segurança do paciente entre diversas categorias profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde em um município da região sul do Brasil. A coleta de dados se deu por meio do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária (MOSPSC). O objetivo dos autores foi avaliar, por meio do questionário, se a cultura de segurança do paciente é positiva/favorável ao cuidado seguro e apontar as áreas que necessitam de melhorias.

Os autores observaram uma cultura positiva de segurança para os enfermeiros. Em contrapartida, médicos, agentes comunitários de saúde e cirurgiões dentistas apresentaram uma cultura de segurança menos positiva.

Em um estudo mais recente, Lopez *et al.* (2020) analisaram a cultura de segurança em unidades cirúrgicas de hospitais privados e públicos no estado do Paraná. Os dados foram coletados por meio do questionário HSOPSC. Quando se compararam as instituições, foi observada uma cultura de segurança fortalecida no hospital privado em detrimento das instituições públicas. No que diz respeito aos profissionais, os enfermeiros foram os que apresentaram percepção mais positiva. O estudo evidenciou as fragilidades das diferentes instituições e indicou as dimensões que demandavam melhorias para obtenção de uma cultura de segurança mais positiva nos hospitais.

De um modo geral, os diferentes tipos de questionários avaliam uma combinação de itens e dimensões da cultura de segurança, sendo uma estratégia eficiente, de baixo custo e que disponibiliza os dados resultantes em um tempo relativamente curto (Flin *et al.*, 2006). Por isso, há maior predileção pelo uso destes instrumentos quando comparado àqueles que envolvem abordagens qualitativas (Halligan; Zecevic, 2011).

Em um estudo comparativo, Colla *et al.* (2005) avaliaram as características gerais e as dimensões contempladas por diferentes questionários utilizados para medir o clima de segurança. Foram identificados nove questionários, sendo dois direcionados para áreas específicas do cuidado em saúde e sete aplicáveis a contextos de cuidados de saúde geral em múltiplas unidades.

Todos os questionários utilizaram a escala *Likert* de 5 pontos para medir atitudes dos respondentes sobre vários aspectos envolvendo dimensões comuns de clima de segurança do paciente: liderança, política e procedimentos, pessoal, comunicação e notificação de eventos adversos. Entretanto, o número de itens que compunham os diferentes questionários variou consideravelmente (Colla *et al.*, 2005).

Dentre os questionários avaliados, pode-se citar o *Strategies for Leadership: a Organizational Approach to Patient Safety* (SLOAPS), o *Culture of Safety Survey* (CSS), o *Veteran Administration Patient Safety Culture Questionnaire* (VHA PSCQO), o HSOPSC, o *Medical Office Survey on Patient Culture* (MOSPSC) e o SAQ.

Estudos posteriores também avaliaram os questionários utilizados para

mensurar o clima de segurança no contexto de cuidados de saúde e observaram certas similaridades nos principais questionários utilizados. Dentre os instrumentos, há um consenso de que o SAQ e o HSOPSC reúnem um maior número de critérios psicométricos específicos, apresentam resultados adequados às análises e satisfazem os critérios de confiabilidade e validade, o que justifica o emprego de um desses dois questionários na mensuração do clima de segurança no contexto hospitalar (Flin *et al.*, 2006; Halligan; Zecevic, 2011; Robb; Seddon, 2010).

É importante salientar que os questionários têm suas especificidades e demandam um percentual de resposta elevado para o êxito dos estudos que os utilizam como instrumento dessa coleta de dados. Satisfeita essa condição, os questionários são instrumentos eficazes em prover a percepção dos profissionais quanto ao clima de segurança em suas diferentes dimensões e em apontar as fraquezas e fortalezas da cultura da organização como um todo (Robb; Seddon, 2010). Entretanto, a seleção da abordagem e do instrumento a ser empregado é dependente das perguntas às quais se pretende responder, da finalidade da pesquisa e dos objetivos envolvidos no uso do questionário (Colla *et al.*, 2005).

Nesse contexto, o HSOPSC tem demonstrado ser um questionário capaz de medir crenças, habilidades e comportamentos envolvidos na cultura de segurança na perspectiva da equipe de trabalho (Okuyama *et al.*, 2019; Reis *et al.*, 2016, 2023; Silva *et al.*, 2019).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o conhecimento sobre a cultura de segurança e a segurança do paciente pela equipe multidisciplinar do Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais (COHPC).

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar o conhecimento da equipe multidisciplinar sobre a segurança do paciente como dimensão da qualidade para um atendimento seguro;
- Verificar os aspectos da cultura de segurança, na instituição, que afetam a efetividade das ações de segurança e as notificações de eventos adversos;
- Identificar problemas estruturais, comportamentais e de rotina relativos à não aplicação dos princípios de segurança do paciente no Centro Odontológico do Hospital;
- Propor intervenções que otimizem a prática da cultura de segurança do paciente no Centro Odontológico do Hospital.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo com abordagem quantitativa baseado em uma amostra de conveniência.

4.1 Formulação do problema

O problema foi fundamentado na meta da OMS de reduzir ao mínimo aceitável o risco de danos relacionados aos cuidados em saúde e no esforço recente das diversas organizações de saúde em prestar atendimentos de alta qualidade, seguros e centrados no paciente. Com isso surgiu a necessidade de se avaliar o conhecimento sobre cultura de segurança e a segurança paciente na prática clínica pela equipe do COHPC.

4.2 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob o protocolo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) – 74484423.0.0000.5149/ Parecer nº 6.471.369 e autorizada sua realização através da assinatura da Carta de Anuência pela diretoria do COHPC. Os envolvidos foram convidados a participar da pesquisa, esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e instruídos sobre a preservação de suas identidades. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi lido e explicado aos participantes. Após esclarecimentos das dúvidas apresentadas e a concordância em participar da pesquisa, os profissionais assinaram o TCLE em duas vias. Uma delas foi arquivada com o pesquisador responsável e a outra entregue ao participante. Cada questionário foi reconhecido por um identificador único, o que possibilitou total sigilo quanto à identificação do respondente, sem prejuízo da análise agregada em relação ao hospital.

4.3 Local e população do estudo

O estudo foi realizado no COHPC. Um hospital público, localizado no município de Belo Horizonte. O COHPC é um serviço público de saúde que oferece

atendimento a várias especialidades odontológicas. A equipe é composta por 61 profissionais das seguintes categorias: gestão, auxiliares administrativos, auxiliares de consultório dentário, técnicos de enfermagem, técnicos em radiologia e cirurgiões dentistas de várias especialidades. O campo de atuação dos profissionais envolve desde a promoção e proteção à saúde, procedimentos clínicos da atenção primária (tratamento das lesões de cárie de baixa complexidade e diagnósticos precoces de outros agravos em saúde bucal) a procedimentos da atenção secundária de média complexidade (tratamentos endodônticos, periodontais, protéticos, ortodônticos, cirúrgicos e odontopediátricos). Todos eles sendo realizados no âmbito do Centro Odontológico do Hospital. A estrutura física conta com 11 consultórios odontológicos, cinco deles individualizados. Dois para atendimento em odontopediatria, dois equipados com aparelho de raio x para atendimento na especialidade de endodontia e um mini bloco para a realização das pequenas cirurgias.

4.4 Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão consistiram em ser parte da equipe multidisciplinar do COHPC e ter contato direto ou indireto com os pacientes. Os critérios de exclusão compreenderam aqueles que estavam em período de férias ou licença médica e aqueles com tempo de atuação inferior a 6 meses nesse setor.

Todos os profissionais que se adequaram aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa, no entanto, nem todos se dispuseram a participar.

A amostragem foi por conveniência, visto que foram selecionados apenas os profissionais que atendem na instituição e manifestaram interesse em participar da pesquisa (Freitag, 2018).

4.5 Instrumento de pesquisa e coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2023, nos meses de outubro a dezembro, por meio do questionário HSOPSC 1.0 traduzido e adaptado para o Brasil (Andrade *et al.*, 2017). O questionário registrado, denominado Pesquisa sobre Segurança do paciente em Hospitais, é de acesso livre, gratuito e disponível no

endereço

eletrônico

<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002442leoxaL.pdf>.

O questionário HSOPSC 1.0 engloba 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, duas delas de resultado em segurança do paciente.

Quadro 2 – Dimensões da cultura de segurança do paciente do instrumento HSOPSC

D1	Frequência de eventos notificados (3 itens)
D2	Percepção de segurança (4 itens)
D3	Expectativas e ações da direção / supervisão da unidade / serviços que favoreçam a segurança (4 itens)
D4	Aprendizagem organizacional / melhoria contínua (3 itens)
D5	Trabalho em equipe na unidade serviço (4 itens)
D6	Abertura para comunicações (3 itens)
D7	Feedback e comunicação sobre erros (3 itens)
D8	Resposta não punitiva para erros (3 itens)
D9	Dimensionamento de pessoal (4 itens)
D10	Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente (3 itens)
D11	Trabalho em equipe entre as unidades (4 itens)
D12	Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades / serviços (4 itens)

Fonte: Andrade *et al.* (2017).

Além dessas 12 dimensões, o instrumento contempla mais dois itens simples, número de notificações de incidentes de segurança e nota geral da segurança do paciente.

As respostas ao questionário obedecem a uma escala de *Likert* de 1 a 5, englobando as opções: discordo totalmente; discordo; nem concordo, nem discordo; concordo; e concordo totalmente; ou nunca; raramente; às vezes; quase sempre; e sempre. Além disso, foram coletadas informações pessoais como sexo, idade e tempo de profissão dos respondentes.

Os profissionais da instituição foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e aos possíveis benefícios para os profissionais e para a instituição. Aqueles que se dispuseram a participar, receberam duas vias do TCLE, uma das quais assinada e devolvida à pesquisadora.

O preenchimento do questionário foi realizado presencialmente, de forma independente, em local privativo e no horário de trabalho. A pesquisadora optou por

não estar presente no momento do preenchimento a fim de evitar conflito de interesse e possíveis sentimentos de intimidação. Cada respondente, após o preenchimento, depositava o questionário em um envelope deixado na diretoria odontológica da instituição. Ao final de dezembro, os questionários foram recolhidos e encerrado o período disponível para participação.

4.6 Análise e tratamento dos dados

A pesquisa teve abordagem quantitativa. Os dados coletados presencialmente foram digitados de forma independente por um dos pesquisadores, empregando o *software* Microsoft® Excel® para Microsoft 365 MSO (Versão 2406 Build 16.0.17726.20078) 64bits e analisados subsequentemente no *software* *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.0 para Windows. Os dados foram submetidos à análise descritiva para estimativa das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas.

4.7 Variáveis analisadas

Foram selecionadas as variáveis consideradas de maior relevância para a proposição de um plano de intervenção para o serviço visando proporcionar atendimentos mais seguros e centrados no paciente.

Quadro 3 – Variáveis Selecionadas

Parâmetros
Percepção da Segurança
Trabalho em equipe
Abertura para comunicação
Resposta não punitiva ao erro
Frequência de eventos notificados
Trabalho em equipe
Apoio da gerência para segurança do paciente

Fonte: Andrade *et al.* (2017).

4.8 Produto técnico

Foram realizados, a partir dessa pesquisa, três produtos técnicos. O primeiro constituiu em um plano de Segurança do paciente para implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, exigido à instituição pela Vigilância Sanitária Estadual, em cumprimento ao art 2º da Seção II da RDC 36. Classificação CAPES eixo 12 Processo/Tecnologia e Produto/Material não patenteável. Extrato T2. O segundo produto envolveu a elaboração de um Curso de Qualificação, voltado para a equipe multiprofissional, utilizando a metodologia ativa baseada no problema. A construção do curso se baseou no Plano de Ação Global em Segurança do Paciente da OMS e na ferramenta TeamsSTEPPS da Agência Americana para Pesquisa em Saúde e Qualidade. Classificação CAPES eixo 2, Curso de formação profissional; subtipo Organização de atividades de capacitação em diferentes níveis. Extrato T3. O terceiro e último, envolveu a elaboração de algoritmos preditivos em saúde, com a finalidade de prevenir riscos, baseados nas necessidades do serviço e em 5 das 6 metas da OMS para Segurança do Paciente. Classificação CAPES eixo 4, material didático e/ou instrucional; subtipo impressos, guias e outros. Extrato T2.

5 RESULTADOS

Nessa seção, serão apresentados o artigo científico, o plano de segurança do paciente, o curso de qualificação e os algoritmos em saúde.

5.1 Artigo científico

Avaliação da cultura de segurança do paciente no Centro Odontológico de um hospital em Belo Horizonte

Assessment of patient safety culture at the Dental Center of a hospital in Belo Horizonte

Camilla Rossi Perácio (<https://orcid.org/0000-0002-4295-4027>)¹

Fabiana Ferreira Vargas (<https://orcid.org/0000-0003-3567-4737>)¹

Denise Vieira Travassos (<https://orcid.org/0000-0003-2084-9557>)¹

Carlos José de Paula Silva (<https://orcid.org/0000-0001-5188-4625>)¹

¹ Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

RESUMO

O estudo objetivou avaliar o conhecimento da cultura de segurança e segurança do paciente na prática clínica pela equipe multidisciplinar do Centro Odontológico de um hospital público de Belo Horizonte. Além disso, foi analisada a influência da cultura de segurança na efetividade das ações e notificações de eventos adversos. A coleta de dados foi realizada por meio do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture 1.0* versão brasileira, distribuído para 61 funcionários do hospital. Os dados foram analisados no software SPSS 21.0. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer nº 6.471.369 e CAAE: 74484423.0.0000.5149. A taxa de resposta foi de 85,24% (n=52). A nota de segurança do paciente foi considerada muito boa por 47,5% dos respondentes (n=29), 50% deles consideraram que seus erros poderiam ser usados contra eles (n=26), 36,7% (n=18) que o foco do erro recai sobre a pessoa e não sobre o problema. A grande maioria dos respondentes 90,4% não relatou nenhum evento adverso nos últimos 12 meses (n=47). A análise dos dados permitiu o delineamento sobre o clima de segurança e a segurança do paciente na instituição. Além do estabelecimento de estratégias para implementação de melhorias na cultura institucional, nas rotinas de trabalho, na educação permanente da equipe e na avaliação e monitoramento dos processos de trabalho.

Palavras-chave: segurança do paciente; cultura organizacional; odontologia.

ABSTRACT

The study aimed to assess knowledge of safety culture and patient safety in clinical practice by the multidisciplinary team at the Dental Center of a public hospital in Belo Horizonte. Furthermore, the influence of safety culture on the effectiveness of actions and notifications of adverse events was analyzed. Data collection was carried out using the Hospital Survey on Patient Safety Culture 1.0 Brazilian version questionnaire, distributed to 61 hospital employees. Data were analyzed using SPSS 21.0 software. The study was approved by the research ethics committee of the Universidade Federal de Minas Gerais under protocol nº 6.471.369 and CAAE: 74484423.0.0000.5149. The response rate was 85.24% (n=52). The patient safety rating was considered very good by 47.5% of respondents (n=29), 50% of them considered that their errors could be used against them (n=26), 36.7% (n=18) that the focus of the error falls on the person and not on the problem. The vast majority of respondents, 90.4%, did not report any adverse events in the last 12 months (n=47). Data analysis allowed the delineation of the safety climate and patient safety in the institution. Thus, enabling the establishment of strategies for improvements in institutional culture, in work routines, in ongoing team education and in the evaluation and monitoring of work processes.

Keywords: patient safety; organizational culture; dentistry.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é, atualmente, um dos atributos da qualidade nos serviços de saúde. É considerada uma estrutura complexa com o objetivo de gerenciar e prevenir os riscos aos quais os pacientes estão expostos, envolvendo desenvolvimento de culturas, processos, comportamentos e ambientes em saúde, capazes de diminuir a ocorrência do dano evitável¹⁻³.

A preocupação com a segurança do paciente tornou-se assunto prioritário na área da saúde em decorrência das mudanças na prestação do cuidado, que veio se tornando cada vez mais complexo, efetivo e potencialmente perigoso⁴. O acesso aos serviços, a difusão da informação e os avanços tecnológicos também resultaram em transformações importantes^{5,6}. Conseqüentemente, houve um esforço por parte das instituições em melhorar os processos de cuidado e estabelecer a cultura e o clima de segurança organizacional⁷.

A cultura organizacional é a base para definição dos comportamentos e ações das pessoas nas organizações⁸. Uma cultura encorajadora é considerada prioridade máxima pelas organizações de saúde por ser capaz de reduzir eventos adversos, melhorar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado⁹.

Na odontologia, observa-se um certo desconhecimento em relação a esses conceitos e as iniciativas em segurança do paciente podem ser consideradas imaturas. A transformação da questão da segurança em conhecimento é recente. Sua concretização para profissionais da saúde, gerentes e formuladores de políticas começou a se desenvolver na década de 90¹⁰.

Assim, a fim de alcançar níveis altos de qualidade e excelência nos resultados faz -se necessário controlar os possíveis fatores de risco inerentes ao atendimento odontológico¹⁰. Sabe-se que condições como o ambiente de trabalho, o comportamento humano, a heterogeneidade do atendimento e a atuação solitária do cirurgião dentista contribuem para ocorrência de eventos adversos¹¹.

Alcançar competências nos princípios de segurança do paciente é importante para o futuro da equipe odontológica¹³. O conhecimento dos profissionais sobre a dimensão da segurança do paciente, o trabalho em equipe, a rotina e comportamento institucionais possibilita a identificação de possíveis problemas estruturais, comportamentais e de processo que comprometem o atendimento seguro¹³.

Nesse contexto, identificar o conhecimento dos cirurgiões dentistas em relação a segurança do paciente e as estratégias de mitigação do dano possibilita a reorganização do processo do cuidado proporcionando atendimento seguro e centrado no paciente, como estabelecido no plano de ação global para a segurança do paciente³.

O estudo objetivou avaliar o conhecimento da cultura de segurança e a segurança do paciente, necessários durante o atendimento, pelos cirurgiões dentistas e equipe multidisciplinar do Centro Odontológico de um hospital público. Além de analisar a influência da cultura de segurança na efetividade das ações e notificações de eventos adversos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo observacional transversal realizado com uma amostra de conveniência no Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais (COHPC). O COHPC é uma instituição ligada à segurança pública, com características corporativistas e hierarquizadas, em que as relações de trabalhos podem dificultar o acesso e a comunicação entre os profissionais. Essas

características podem estar associadas à dificuldade de se estabelecer uma comunicação assertiva entre as partes e a transversalidade nas ações²¹.

A pesquisa foi conduzida com a equipe multidisciplinar do COHPC e os dados foram coletados no segundo semestre de 2023, nos meses de outubro a dezembro. A equipe é composta de 61 profissionais, sendo 26 cirurgiões dentistas, 27 auxiliares de saúde bucal, 5 auxiliares administrativos e 3 técnicos de raio x. Dentro dessa equipe, 1 dentista e 1 auxiliar se encontram no cargo de gestão e 2 auxiliares de saúde bucal no cargo administrativo.

Os critérios de inclusão consistiram em ser parte da equipe multidisciplinar e ter contato direto ou indireto com o usuário. Os critérios de exclusão compreenderam aqueles que estavam em período de férias ou licença e aqueles com tempo de atuação no hospital inferior a 6 meses.

A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture 1.0* (HSOPSC), que foi validado para a língua portuguesa do Brasil¹².

O questionário HSOPSC possui 42 questões distribuídas em 12 dimensões da cultura de segurança do paciente organizadas da seguinte forma: D1: Frequência de eventos notificados, D2: Percepção de segurança, D3: Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favoreçam a segurança, D4: Aprendizagem organizacional/melhoria contínua, D5: Trabalho em equipe na unidade de serviço, D6: Abertura para comunicações, D7: Feedback e comunicação sobre erros, D8: Resposta não punitiva para erros, D9: Dimensionamento de pessoal, D10: Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente, D11: Trabalho em equipe entre as unidades, D12: Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços. Além dessas 12 dimensões, o instrumento contempla mais dois itens simples: número de notificações de incidentes de segurança e nota geral da segurança do paciente.

As respostas do instrumento seguem a escala de *Likert* de 1 a 5, englobando as opções: discordo totalmente; discordo; nem concordo, nem discordo; concordo; e concordo totalmente; ou nunca; raramente; às vezes; quase sempre; e sempre. Além disso, foram coletadas informações como sexo, idade e tempo de profissão dos respondentes.

O questionário foi aplicado aos participantes do estudo presencialmente, de forma independente, em local privativo, no horário de trabalho e foi preenchido pelos

próprios profissionais. Após o preenchimento, os questionários foram depositados em um envelope deixado na diretoria do hospital. Cada questionário foi reconhecido por um identificador único, o que possibilitou total sigilo quanto à identificação do respondente, sem prejuízo da análise agregada em relação ao hospital.

Com o intuito de avaliar o conhecimento dos entrevistados em relação à complexidade que envolve um atendimento seguro, foram consideradas as seguintes variáveis para a análise descritiva: trabalho em equipe, abertura para comunicação, resposta não punitiva ao erro, frequência de eventos notificados, apoio da gerência e nota de segurança do paciente.

Os dados coletados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.0. Para variáveis categóricas, realizou-se análise descritiva por frequência absoluta (N) e relativa (%). Para a variável quantitativa (idade), são mostrados os valores mínimo e máximo e média (desvio-padrão)

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer nº 6.471.369 e CAAE: 74484423.0.0000.5149 e autorizada sua realização no COHPC através da assinatura da Carta de Anuência pela diretoria da instituição.

RESULTADOS

Foram aplicados 61 questionários para a equipe multidisciplinar do COHPC, constituída de 25 (40,98%) cirurgiões dentistas, 24 (39,34%) auxiliares de saúde bucal, 5 (8,19%) auxiliares administrativos, 3 (4,91%) técnicos em radiologia e 4 (6,55%) funcionários da diretoria. O número de respondentes foi 52 (85,24%) da amostra. Dos não respondentes, 7 (11,47%) manifestaram não ter interesse em responder e 2 (3,27%) estavam em processo de exoneração do cargo.

Do total de participantes 40 (80%) eram do sexo feminino. A idade variou de 29 a 61 anos, com média de 42,8 anos ($\pm 6,4$). No que se refere à escolaridade, 15 (29,4%) possuíam ensino superior completo, 22 (43,1%) especialização, 6 (11,8%) Mestrado, 6 (11,8%) ensino superior incompleto, 1 (2%) ensino médio e 1 (2%) ensino básico completo. Em relação ao cargo/função na unidade, 13 (25%) atuavam como auxiliares de saúde bucal, 3 (5,8%) na administração/direção, 25 (48,1%) como dentistas, 9 (17,3%) como técnicos, 1 (1,9%) como técnico de enfermagem e 1 (1,9%) como auxiliar administrativo. 47 (90,4%) tinham contato, direto ou indireto, com o

paciente. Observamos que 5 respondentes relataram não ter contato com o paciente, no entanto, eles foram mantidos no estudo porque somente aqueles com contato direto ou indireto com o paciente foram convidados a participar. Pode ter havido erro de interpretação da pergunta por alguns entrevistados. Quanto ao tempo de trabalho na instituição 37 (72,5%) dos entrevistados trabalham de 6-10 anos no Hospital e 30 (57,7%) trabalham uma carga horária entre 20 e 39 horas semanais (Tabela 1).

Tabela 1. Dados demográficos. Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais, 2023.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	40	80
Masculino	10	20
Idade		
29-39 anos	13	27,2
40-49 anos	29	60,7
50-59 anos	5	10,5
>50 anos	1	2,1
Grau de instrução		
Ensino médio completo	1	2,0
Ensino superior completo	15	29,4
Especialização	22	43,2
Mestrado	6	11,8
Ensino superior incompleto	6	11,8
Ensino Básico completo	1	2,0
Cargo/ Função		
Auxiliar se Saúde Bucal	13	25,0
Administração/Direção	3	5,8
Dentista	25	48,1
Técnicos	9	17,3
Técnicos de Enfermagem	1	1,9

Auxiliares administrativos	1	1,9
Contato com paciente		
Sim	47	90,4
Não	5	9,6
Tempo de trabalho no Cento Odontológico		
< 1 ano	3	5,9
1-5 anos	4	7,8
6-10 anos	37	72,5
11-15 anos	6	11,8
16-20 anos	1	2,0
Horas de Trabalho Semanais		
< 20 horas	17	2,7
20-39 horas	30	57,7
40-59 horas	5	9,6

Nota: Algumas variáveis o N não corresponde ao N total da amostra. Algumas respostas não foram preenchidas pelos entrevistados.

Em relação ao dimensionamento pessoal e trabalho em equipe, 32 (61,5%) pessoas concordaram que a equipe se apoia, 19 (37,3%) discordaram de que haja pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho, 31 (60,8%) que quando há muito trabalho, há um esforço conjunto da equipe para concluí-lo, 28 (54,9%) mencionaram que se tratam com respeito, 23 (45,1%) discordaram que os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente, no entanto, 27 (57,4%) discordaram que havia mais profissionais terceirizados que o desejável para a segurança do paciente (Tabela 2).

Tabela 2. Dimensionamento pessoal e trabalho em equipe. Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais, 2023.

Variáveis	N	%
As pessoas se apoiam		
Discordo	2	3,8
Discordo totalmente	0	0
Não concordo nem discordo	11	21,2
Concordo	32	61,5
Concordo totalmente	7	13,5
Pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho		
Discordo	19	37,3
Discordo totalmente	6	11,8
Não concordo nem discordo	7	13,7
Concordo	15	25,4
Concordo totalmente	4	7,8
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente		
Discordo	4	7,8
Discordo totalmente	0	0
Não concordo nem discordo	13	25,5
Concordo	31	60,8
Concordo totalmente	3	5,9
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito		
Discordo	0	0
Discordo totalmente	1	2,0

Não concordo nem discordo	2	3,9
Concordo	28	54,9
Concordo totalmente	20	39,2
Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente		
Discordo	23	45,1
Discordo totalmente	8	15,7
Não concordo nem discordo	10	19,6
Concordo	10	19,6
Concordo totalmente	0	0
Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente		
Discordo	27	57,4
Discordo totalmente	18	38,3
Não concordo nem discordo	2	4,3
Concordo	0	0
Concordo totalmente	0	0

Nota: Algumas variáveis o N não corresponde ao N total da amostra. Algumas respostas não foram preenchidas pelos entrevistados.

Considerando o comportamento da gestão e a comunicação, 19 (38%) relataram que o supervisor elogia quando o trabalho é realizado de acordo com os procedimentos de segurança do paciente, 27 (51,9%) concordaram que o supervisor leva em consideração sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança, 35 (67,3%) que o supervisor se atenta aos problemas de segurança, 16 (31,4%) relataram receber, às vezes, informações sobre mudanças baseadas nos relatórios de eventos, 30 (58,8%) profissionais relataram ter sempre liberdade para pontuar atitudes que poderiam afetar negativamente o cuidado do paciente, 19 (31,4%) às vezes têm receio de perguntar quando algo não parece certo (Tabela 3).

Tabela 3. Comportamento da Liderança e Comunicação. Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais

Variáveis	N	%
O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente		
Discordo Totalmente	4	8
Discordo	9	18
Não concordo nem discordo	9	18
Concordo	19	38
Concordo totalmente	9	18
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente		
Discordo Totalmente	0	0
Discordo	1	1,9
Não concordo nem discordo	12	23,1
Concordo	27	51,9
Concordo totalmente	12	23,1
O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente		
Discordo Totalmente	13	25,0
Discordo	35	67,3
Não concordo nem discordo	4	7,7
Concordo	0	0
Concordo totalmente	0	0
Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos		
Nunca	3	5,9

Raramente	9	17,6
Às vezes	16	31,4
Quase sempre	12	23,5
Sempre	11	21,6
Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente		
Nunca	0	0
Raramente	1	2
Às vezes	10	19,9
Quase sempre	10	19,6
Sempre	30	58,8
Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo		
Nunca	3	5,9
Raramente	13	25,5
Às vezes	19	37,3
Quase sempre	11	21,6
Sempre	5	9,8

Nota: Algumas variáveis o N não corresponde ao N total da amostra. Algumas respostas não foram preenchidas pelos entrevistados.

Sobre a cultura e segurança do paciente na instituição, 16 (30,8%) que o erro sempre era notificado quando percebido e corrigido antes de afetar o paciente, 19 (39,6%) discordaram que é apenas por acaso que os erros mais graves não acontecem, 20 (40%) entrevistados consideraram que seus erros poderiam ser usados contra eles, 15 (30,6%) que o foco parecia recair sobre a pessoa e não sobre o problema quando um evento era notificado, 22 (44%) se preocupavam com a possibilidade de seus erros serem registrados em suas fichas funcionais e 18 (36,0%) que a segurança jamais era comprometida em função da maior quantidade de trabalho (Tabela 4).

Tabela 4. Cultura e Segurança do Paciente. Centro Odontológico do Hospital a Polícia Civil de Minas Gerais, 2023.

Variáveis	N	%
Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?		
Nunca	7	13,5
Raramente	9	17,3
Às vezes	8	15,4
Quase sempre	12	23,1
Sempre	16	30,8
É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui		
Discordo Totalmente	10	20,8
Discordo	19	39,6
Não concordo nem discordo	12	25,0
Concordo	7	14,6
Concordo totalmente	0	0
Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles		
Discordo	7	14,0
Discordo totalmente	1	2,0
Não concordo nem discordo	17	34,0
Concordo	20	40,0
Concordo totalmente	5	10,0
Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema		
Discordo Totalmente	1	2
Discordo	16	32,7

Não concordo nem discordo	14	28,6
Concordo	15	30,6
Concordo totalmente	3	6,1
Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais		
Discordo Totalmente	3	6
Discordo	10	20
Não concordo nem discordo	7	14
Concordo	22	44
Concordo totalmente	8	16
A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída		
Discordo Totalmente	2	4
Discordo	14	28
Não concordo nem discordo	11	22
Concordo	18	36
Concordo totalmente	5	10

Nota: Algumas variáveis o N não corresponde ao N total da amostra. Algumas respostas não foram preenchidas pelos entrevistados.

A respeito da rotina hospitalar e segurança do paciente, 30 (57,7%) que a direção propicia um clima promotor de segurança, 22 (45,8%) discordaram que há perda de informação durante as trocas de plantão, 30 (60%) que as ações da direção priorizam a segurança do paciente, 24 (49%) discordaram que havia problemas de segurança do paciente, 33 (64,7%) citaram concordar que estão ativamente realizando ações para melhorar a segurança do paciente, 47 (90,4%) profissionais não notificaram nenhum evento adverso nos últimos 12 meses e 29 (47,5%) profissionais consideraram a segurança no paciente muito boa (Tabela 5).

Tabela 5. Rotina Hospitalar e Segurança do paciente. Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais

Variáveis	N	%
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente		
Discordo Totalmente	0	0
Discordo	5	9,6
Não concordo nem discordo	11	21,2
Concordo	30	57,7
Concordo totalmente	6	11,5
E comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno		
Discordo Totalmente	4	8,3
Discordo	22	45,8
Não concordo nem discordo	12	25,0
Concordo	9	18,8
Concordo totalmente	1	2,1
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente e uma prioridade principal		
Discordo Totalmente	1	2,0
Discordo	4	8,0
Não concordo nem discordo	12	24,0
Concordo	30	60,0
Concordo totalmente	3	6,0
Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente		
Discordo Totalmente	8	16,3
Discordo	24	49

Não concordo nem discordo	10	20,4
Concordo	7	14,3
Concordo totalmente	0	0
Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente		
Discordo	4	7,8
Discordo totalmente	0	0
Não concordo nem discordo	6	11,8
Concordo	33	64,7
Concordo totalmente	8	15,7
Número de eventos notificados		
0	47	90,4
1	4	7,7
2	1	1,9
Nota de segurança do paciente		
Excelente	10	16,4
Muito Boa	29	47,5
Regular	9	14,8

Nota: Algumas variáveis o N não corresponde ao N total da amostra. Algumas respostas não foram preenchidas pelos entrevistados.

DISCUSSÃO

Segundo a OMS³, a segurança do paciente é uma estrutura de atividades organizadas que promove culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde com riscos mais baixos, de forma consistente e sustentável reduz a ocorrência de dano evitável, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando ele ocorrer.

De acordo com o resultado do estudo, observou-se sintonia no ambiente de trabalho. A maioria dos respondentes concordou que a equipe se apoia e se ajuda quando a unidade está sobrecarregada (Tabela 2). A literatura aponta resultados semelhantes^{11,14-17} que também relataram resultado positivo ao analisarem a dimensão do trabalho em equipe e a ajuda mútua entre os profissionais na prática diária. Fator de sucesso na assistência prestada.

De um modo geral, o trabalho em equipe positivo, fundamentado na ajuda mútua é um ponto de fortaleza, uma vez que a cultura de segurança do paciente é influenciada por fatores relacionados ao time (trabalho em equipe e supervisão) e às equipes (excesso de confiança, e segurança pessoal)¹⁸⁻¹⁹. A união de esforços pela equipe proporciona maior comprometimento com o trabalho, aumenta a produtividade, economiza tempo e permite uma comunicação aberta. Os fatores contribuintes para o atendimento seguro dependem não somente do paciente, mas dos prestadores do cuidado e do ambiente de trabalho¹¹.

Neste estudo os domínios que avaliaram o trabalho em equipe na unidade, dimensionamento pessoal e problemas com mudança de turno, obtiveram resposta positiva na maioria das variáveis. Sugere-se com isso que a instituição pesquisada, do ponto de vista da estrutura de recursos humanos, apresenta um bom dimensionamento de pessoal em relação a demanda de trabalho. Além disso a equipe se mostrou engajada e trabalhando em prol de um propósito único.

No entanto, em um estudo com profissionais da enfermagem, o trabalho em equipe foi identificado como ponto de fragilidade. Menos da metade dos entrevistados consideraram essa dimensão positiva²⁰. Em outro estudo com profissionais da saúde em hospitais, os fatores relacionados à comunicação aberta também obtiveram valores baixos. Para o autor esse resultado pode ser consequência da estrutura altamente hierarquizada²¹. Estudo realizado em hospitais da Malásia, com a equipe multiprofissional, apontou que mais da metade dos entrevistados referiu clima

negativo de trabalho na equipe, com frustrações quanto a qualidade do clima, o suporte logístico de equipamentos e o quantitativo da equipe²².

A divergência desses resultados, em relação aos deste estudo, pode ser atribuída às características e complexidades laborais. Em hospitais gerais, como aqueles em que os questionários foram aplicados, a natureza do serviço possui alto grau de complexidade, de tecnologia em saúde necessários e requer uma equipe robusta e multiprofissional bem alinhada para que a entrega dos cuidados em saúde aconteça em sua integralidade. O Centro Odontológico do Hospital pesquisado possuía apenas atendimentos ambulatoriais primários e secundários na área odontológica.

Na dimensão resposta não punitiva aos erros, aproximadamente metade dos respondentes considerou que os erros poderiam ser usados contra eles e que o olhar era mais para o envolvimento da equipe no evento que no processo (Tabela 4). Resultado semelhante foi encontrado na literatura, em que vários estudos também relataram um sistema de notificação punitivo^{15,21-23}.

O comportamento das instituições pode desencadear uma cultura de culpa e vergonha, impedindo a transparência, tornando o trabalho desconfortável, tendencioso a esconder fraquezas ao invés de compartilhar preocupações. Além de tornar improvável o aprendizado com os erros, focando nas críticas e punição e negligenciando os erros do sistema^{23,24}.

No Brasil, o trabalho realizado com a equipe de enfermagem de um centro cirúrgico com acreditação nacional e internacional, a resposta punitiva aos erros foi considerada ponto de fragilidade²⁰. Resultado não esperado pelos autores, em decorrência das avaliações constantes da qualidade e dos processos a que as instituições acreditadas são submetidas. Esse cenário leva a reflexão sobre a existência ou não de relação direta entre cultura de segurança positiva e os padrões de qualidade avaliados em uma acreditação.

A cultura organizacional é fator relevante nos processos de qualidade e segurança, devendo ser disseminada nas instituições previamente ao processo de acreditação. Essa ação pode reforçar a compreensão da cultura organizacional, contribuindo para implantação de programas de gestão da qualidade capazes de promover melhoria e segurança assistencial⁸.

É importante promover a cultura de segurança com foco no aprimoramento organizacional, no envolvimento de profissionais e pacientes, na promoção de

sistemas seguros e em mudanças nos processos de responsabilização profissional⁴. As organizações de saúde com cultura de segurança definida são frequentemente caracterizadas pela comunicação efetiva baseada em confiança e valores compartilhados^{25,26}. Além da transparência que permite aos prestadores de serviços odontológicos aprenderem abertamente com os erros e relatá-los livremente.

A literatura aponta trabalhos com resultados diferentes em se tratando da cultura de segurança. Em um estudo transversal comparativo realizado no Oriente Médio, 70% dos entrevistados relataram respostas positivas em relação a cultura não punitiva¹⁶. Ponto forte da instituição. A resposta não punitiva aos erros possibilita a notificação, uma comunicação aberta e o aprendizado com os erros.

No hospital pesquisado, apesar da sintonia no trabalho, os profissionais podem estar se sentindo acuados na ocorrência de eventos adversos, implicando na não notificação. A quase totalidade dos entrevistados não reportou evento adverso no último ano, configurando uma fragilidade da instituição. A segurança do paciente se tornou ciência quando começou a notificar, medir os danos desnecessários experienciados pelos pacientes e avaliar os resultados de intervenções preventivas para evitá-los²⁷.

A notificação é um comportamento ético essencial na determinação causal do problema, no delineamento de estratégias de intervenção e melhoria contínua no processo de cuidado. É importante, após a notificação, analisar a causa raiz e monitorar o dano³⁰. Permitindo entender a natureza e extensão dos eventos³⁰ e aprender com os erros²⁷⁻²⁹. Portanto, os profissionais devem ser encorajados e apoiados a identificar e notificar eventos adversos sem medo de ações punitivas^{15,24}.

A literatura aponta algumas hipóteses para o baixo número de eventos reportados como a falta de uma ferramenta focada na melhoria da notificação^{29,31}, a carência de feedback sobre as mudanças implementadas^{21,23}, a sobrecarga de trabalho decorrente do quantitativo pessoal insuficiente⁸ e a falta de conhecimento sobre o assunto, evidenciando a necessidade de maior clareza sobre o tema aos profissionais de saúde²⁴.

No estudo em questão, 1/3 da amostra relatou ter feedback dos erros, apenas algumas vezes (Tabela 3). A ausência de informações impossibilita a geração de relatórios e a implementação de mudanças a partir dos eventos. Ponto de atenção para a instituição.

No que tange a nota geral de segurança do paciente, quase a metade dos respondentes a consideraram muito boa, sendo incomum a perda de informações importantes (Tabela 5). Além do clima de segurança positivo suportado pela direção e a receptividade em relação as sugestões apontadas pela equipe (Tabela 3).

O resultado dos dados coletados sugere uma cultura e clima de segurança positivos, favorecidos pela comunicação aberta e bom relacionamento entre supervisão e equipe. Esse cenário possivelmente resultou na percepção positiva de segurança do paciente pelos entrevistados.

No entanto, ao analisar os dados percebe-se uma certa contradição. Em instituição com sintonia no trabalho em equipe, gestão que sugere escuta qualificada, se importa com a segurança e propicia um clima de trabalho positivo, a notificação dos eventos adversos deveria acontecer com naturalidade, sem a percepção de culpabilização relatada pelos entrevistados. Pode estar implícito nesses resultados uma insegurança dos profissionais da equipe em se posicionarem com transparência em relação à gestão.

Uma gestão participativa é indispensável para o fortalecimento da cultura de segurança. Permite conhecer e auxiliar nos desafios da equipe, otimizando o comportamento e desempenho dos trabalhadores^{16,20,32}. Quanto maior o suporte da gestão, o entrosamento da equipe, a comunicação e o feedback nas instituições, melhor a segurança do paciente. O comprometimento de todos permite alcançar processos seguros e boa performance nos resultados^{21,32}.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado na Jordânia, em que quase 50% das enfermeiras entrevistadas relataram sentir-se à vontade em pontuar atitudes negativas em segurança do paciente e os gestores consideravam as sugestões da equipe¹⁶. Segundo os autores, o supervisor/gerente deve ser um agente disruptivo, promotor da segurança e capaz de dividir responsabilidades com a equipe. Ele deve estar disponível e interagir com o seu time através da comunicação aberta, educação e confiança¹⁶. É responsabilidade da liderança apresentar soluções que se concentrem em melhorias para todo o sistema²⁵. Assim a equipe pode se tornar capaz de identificar e corrigir os erros.

No entanto, um estudo realizado no Kuwait, a maioria dos entrevistados perceberam a segurança do paciente como ruim. Possivelmente decorrente de falhas na comunicação e na resposta não punitiva ao erro. Os autores sugeriram um estilo alternativo de gerenciamento do local de trabalho. Investimento em iniciativas e

práticas (como treinamentos, políticas regulamentadoras, apoio da liderança) que melhorassem a percepção de segurança e a frequência de eventos notificados²³. Na Malásia o resultado foi semelhante, ao avaliar um grupo de hospitais. Menos de 1/3 da amostra considerou a segurança do paciente positiva. Percepção atribuída ao clima negativo na equipe, ao tipo de cultura e a percepção negativa da gerência²².

Um estudo de revisão envolvendo 91 artigos apresentou as duas vertentes. A percepção geral sobre segurança do paciente no contexto estudado foi positiva enquanto o apoio da liderança foi considerado um ponto de fragilidade¹¹.

Em síntese, ao analisar o panorama dos dados coletados pôde-se observar algumas incoerências entre as respostas relacionadas ao comportamento institucional e suas atitudes. Essa dicotomia pode estar sugerindo uma falta de liberdade velada entre a equipe no que tange a percepção dos comportamentos gerenciais ou até mesmo o desconhecimento dos princípios que norteiam a prática do cuidado seguro.

Esse contexto pode ter dificultado o entendimento e a interpretação das perguntas ao responder o instrumento. Pesquisadores que utilizavam o HSOPSC 1.0 como instrumento, sugeriram à AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) mudanças no questionário. Uma delas estava relacionada a revisão da redação de itens complexos e de difícil tradução. A partir dessas mudanças foi validada a nova versão 2.0 do questionário, composta de 40 questões atualizadas conceitualmente³³. Neste estudo foi utilizada a versão 1.0 do HSOPSC, de acesso livre no momento da coleta dos dados.

A percepção da cultura de segurança do paciente parece estar distorcida na instituição pesquisada, sugerindo a necessidade de padronização do processo de trabalho e capacitação das equipes. Os processos de trabalho precisam estar bem estruturados a fim de garantir a segurança do paciente¹⁷. Diversos estudos^{15,16,34,35} enfatizam a importância do treinamento, da conscientização na cultura de segurança e no desenvolvimento do conhecimento científico para encorajamento de responsabilidades coletivas e avaliação das ações de melhoria. Além da importância de educar os líderes quanto à cultura de segurança, mostrar à equipe comprometimento e o agir como um time^{10,25}.

A análise do clima de segurança suporta estratégias para a melhoria da cultura que devem ser elaboradas conforme o cenário a instituição, com o intuito de suprir carências identificadas¹⁹. Sugere, portanto, um planejamento estratégico com abordagem de protocolos, organização da rotina de trabalho, capacitação dos

profissionais nas diretrizes do atendimento seguro, comunicação assertiva, aprendizado com os erros e educação permanente. Além do monitoramento e avaliação das ações, para certificar sua efetividade e mudar a rota, se necessário. Assim torna-se possível reorganizar o processo do cuidado e entregar um atendimento seguro e centrado no paciente.

As limitações do estudo consistiram na amostra de conveniência, não permitindo generalizações, na versão 1.0 do questionário HSOPSC por configurar possível fator de confusão e na não autorização, por parte da instituição, em realizar o questionário com toda a equipe multiprofissional do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais.

As fortalezas compreenderam os resultados alinhados à literatura nacional e internacional além dos produtos técnicos desenvolvidos para o serviço: o Plano de Segurança do Paciente (precursor da criação do Núcleo de Segurança do Paciente na instituição), o Curso de Qualificação para equipe multidisciplinar e os Algoritmos Preditivos em Saúde (para tomada de decisão informada e redução de riscos na prática clínica).

CONCLUSÃO

A prevalência da cultura da culpa e da vergonha observada na instituição impossibilita as notificações, ponto de partida para o aprendizado com os erros. Em contrapartida, o relacionamento entre a equipe e com a gestão se mostrou aberto com relato de mudanças positivas. Essa dicotomia pode ter configurado fator de confusão. Visto que para se aprender com os erros é necessário relatá-los e a comunicação aberta, além de representar uma cultura justa, facilita a notificação de eventos. A versão utilizada do questionário possui pontos de atenção quanto a tradução de algumas variáveis, o que pode ser atribuído ao fator de confusão na interpretação das perguntas. Outra hipótese é o possível desconhecimento dos conceitos, princípios e diretrizes de um atendimento seguro. Diante exposto sugere esforços para implementação do programa de cultura de segurança, protocolos, treinamentos, avaliação e monitoramento do serviço. Assim, barreiras serão estabelecidas para diminuir o risco de danos aos pacientes. Além de oportunizar a transformação da cultura com foco no indivíduo para aquela com foco no sistema. Proporcionando aos pacientes um cuidado humanizado, integral, resolutivo e reduzido em riscos e danos.

REFERÊNCIAS

1. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academies Press. 2001 [acessado 2024 fev 15]. Disponível em: <https://www.med.unc.edu/neurosurgery/wp-content/uploads/sites/460/2018/10/Crossing-the-Quality-Chasm.pdf>.
2. World Health Organization. *World alliance for patient safety*. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. World Health Organization. 2005 [acessado 2024 fev 10]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1>.
3. World Health Organization. *Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. 2021 [acessado 2024 fev 10]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 2013 [acessado 2024 fev 20]; 150(62):43-4. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
5. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez RA, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, Sarabia O, García-Corcuera LV, Terol-García E, Agra-Varela Y, Gonseth-García J. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf* 2011; 20(12): 1043-51.
6. Vincent C, Burnett S, Carthey J. *The measurement and monitoring of safety: drawing together academic evidence and practical experience to produce a framework for safety measurement and monitoring*. The Health Foundation. 2013 [acessado 2024 jan 15]. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/the-measurement-and-monitoring-of-safety>.
7. Famolaro T, Yount ND, Burns W, Flashner E, Liu H, Sorra J. Rockville. *Hospital survey on patient safety culture 2016: user comparative database report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2016 [acessado 2024 fev 15], 16-0021-EF. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalsops_report_pt1.pdf.
8. Ventura PFEV, Silva DM, Alves M. Cultura organizacional no trabalho da Enfermagem: influências na adesão às práticas de qualidade e segurança. *REME - Rev Min Enferm* 2020; 24: e-1330.
9. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Qual Saf* 2003; 12(suppl 2): ii17-23.
10. Yamalik N, Perea-Pérez B. Patient safety and dentistry: what do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. *Int Dent J* 2012; 62(4): 189-96.
11. Corrêa CDTSO, Sousa P, Reis CT. Patient safety in dental care: an integrative review. *Cad Saude Publica* 2020; 36(10): e00197819.

12. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saude Publica* 2016; 32(11): e00115614.
13. Al Sweleh FS, Al Saedan AM, Al Dayel OA. Patient safety culture perceptions in the college of dentistry. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97(2): e9570.
14. Cheng HC, Yen AM, Lee YH. Factors affecting patient safety culture among dental healthcare workers: A nationwide cross-sectional survey. *J Dent Sci* 2019; 14(3): 263-268.
15. Fassi CF, Mourajid Y, Chahboune M, Hilali A. Patient Safety Culture Perception among Moroccan Healthcare professionals: Cross-Sectional Study in Public Hospitals. *Ethiop J Health Sci* 2023; 33(2): 273-280.
16. Mrayyan MT. Predictors and outcomes of patient safety culture: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open Qual* 2022; 11(3): e001889.
17. Santos CMP dos, Lopes RGC, Rocha MLTLF da, Santos BP dos, Sousa MG de, Nascimento CC. Cultura de segurança do paciente: perspectiva de profissionais da saúde. *Rev Enferm UFPE* 2019; 13: e241435
18. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 44.
19. Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. *Rev Gaucha Enferm* 2020; 41: e20190177.
20. Bohomol E, Melo EF. Patient safety culture in surgicenters: perception of nursing team. *Rev Sobecc* 2019; 132-8.
21. Draganović Š, Offermanns G. Patient safety culture in Austria and recommendations of evidence-based instruments for improving patient safety. *PLoS One* 2022; 17(10): e0274805.
22. Ismail A, Khalid SNM. Patient safety culture and its determinants among healthcare professionals at a cluster hospital in Malaysia: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2022; 12(8): e060546.
23. Alqattan H, Cleland J, Morrison Z. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. *J Taibah Univ Med Sci* 2018; 13(3): 272-280.
24. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: an integrative review. *Cien Saude Colet* 2019; 24(8): 2895-2908.
25. Yansane A, Lee JH, Heballi N, Obadan-Udoh E, White J, Walji M, Easterday C, Rindal B, Worley D, Kalenderian E. Assessing the Patient Safety Culture in Dentistry. *JDR Clin Trans Res* 2020; 5(4): 399-408.
26. Reis CT, Laguardia J, Bruno de Araújo Andreoli P, Nogueira Júnior C, Martins M. Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 - Brazilian version. *BMC Health Serv Res* 2023; 23(1): 32.
27. Perea-Pérez B, Labajo-González E, Acosta-Gío AE, Yamalik N. Eleven Basic Procedures/Practices for Dental Patient Safety. *J Patient Saf* 2020; 16(1): 36-40.
28. Giles S, Panagioti M, Hernan A, Cheraghi-Sohi S, Lawton R. Contributory factors to patient safety incidents in primary care: protocol for a systematic review. *Syst Rev* 2015; 4: 63.
29. Kalenderian E, Obadan-Udoh E, Maramaldi P, Etolue J, Yansane A, Stewart D, White J, Vaderhobli R, Kent K, Heballi NB, Delattre V, Kahn M, Tokede O, Ramoni RB, Walji MF. Classifying Adverse Events in the Dental Office. *J Patient Saf* 2021; 17(6): e540-e556.

30. Obadan EM, Ramoni RB, Kalenderian E. Lessons learned from dental patient safety case reports. *J Am Dent Assoc* 2015; 146(5): 318-26.e2.
31. Thusu S, Panesar S, Bedi R. Patient safety in dentistry - state of play as revealed by a national database of errors. *Br Dent J* 2012; 213(3): E3.
32. Baratto MA, Seidel EJ, Morais BX, Munhoz OL, Silva SC, Zottele C, *et al.* Cultura de segurança do paciente: perspectiva de trabalhadores da saúde e apoio. *Acta Paul Enferm* 2021; 34: eAPE001595.
33. Sorra J, Famolaro T, Yount N. *Transitioning SOPSTM Hospital Survey Version 2.0: What's Different and What to Expect, Part I: Main Report*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. 2019 [acessado 2024 fev 10]. Disponível em:
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hsops2-pt1-transition-updated.pdf>.
34. Ensaldo-Carrasco E, Sheikh A, Cresswell K, Bedi R, Carson-Stevens A, Sheikh A. Patient Safety Incidents in Primary Care Dentistry in England and Wales: A Mixed-Methods Study. *J Patient Saf* 2021; 17(8): e1383-e1393.
35. Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLC, Matsuda LM. Patient safety culture in primary health care: analysis by professional categories. *Rev Gaucha Enferm* 2019; 40(spe): e20180133.

5.2 Plano de segurança do paciente

POLÍCIA CIVIL DE MINAS GERAIS

**PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO CENTRO ODONTOLÓGICO DA
POLÍCIA CIVIL DE MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2024

DIRETOR DO CENTRO ODONTOLÓGICO DA POLÍCIA CIVIL DE MINAS GERAIS

Rodrigo Caillaux

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Portaria Nº 16/2022

Nomeação dos membros que compõem o Núcleo de Segurança do Paciente de acordo com as diretrizes da portaria nº 529/2013-MS

Composição do Núcleo de Segurança do Paciente**Coordenador**

Rodrigo Caillaux

Vice coordenador

Letícia Gazzolla

Representante da Odontologia

Camilla Rossi Perácio

Representante do Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Chayenne Faustino Almeida

Representante da Central de Material e esterilização

Neli Gabriel

Representante da Comissão de Controle de Infecção

Mellyssa Fonseca de V. Felix

Representante do Serviço de Gestão de Material

Maria Lúcia Andrade Lima

1 APRESENTAÇÃO

A segurança do paciente se refere a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência até um mínimo aceitável e passou a ser reconhecida como uma dimensão no conceito multidimensional de qualidade em serviços de saúde, envolvendo ações que visam gerenciar e prevenir os riscos a que os pacientes estão expostos (National Academy of Medicine, 2001; World Health Organization, 2005). Ao final do século XX, recebeu ênfase internacional, atingindo papel de destaque. Com a mudança ocorrida nos sistemas de cuidado de saúde e o avanço dos conhecimentos científicos e tecnológicos, o cuidado assumiu um aspecto complexo, efetivo, porém potencialmente perigoso (Chantler, 1999).

Essa temática assumiu ainda maior relevância a partir de uma publicação do National Academy of Medicine (em português, Instituto de Medicina dos EUA) intitulada “Errar é humano”. O documento alertou o público sobre os riscos decorrentes do moderno cuidado de saúde, da importância de se considerar a aplicação de técnicas de segurança e da necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança a nível organizacional (Kohn; Corrigan; Donaldson, 1999).

A cultura de segurança abrange ações, competências e comportamentos que definem o comprometimento com a gestão da segurança. Para implementá-la, é necessário compreender as crenças, valores e normas preconizadas pela instituição de saúde e confrontá-las com as ações e comportamentos esperados e estimulados para uma instituição que valoriza a segurança do paciente e a qualidade na assistência em saúde (Nieva; Sorra, 2003).

A abordagem sobre qualidade do cuidado em saúde emergiu nos EUA a partir do trabalho de Donabedian (1980). Segundo o autor, a avaliação da qualidade é o julgamento a respeito do processo de cuidado, baseado na medida do quanto este contribui para resultados desejáveis. Seu trabalho foi inspirado na teoria dos sistemas, um modelo conceitual de avaliação da qualidade em saúde a partir da tríade estrutura, processo e resultado.

A estrutura inclui recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência à saúde, os quais correspondem às suas características mais estáveis. Uma estrutura adequada eleva a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade.

Já o processo abrange as atividades envolvendo profissionais de saúde e

pacientes como: o cuidado ao paciente, a fidelidade com que os protocolos e intervenções são realizados, ou seja, como a estrutura é efetivamente utilizada no sistema.

O resultado diz respeito ao produto da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas. É este componente que contempla o impacto dos processos sobre o estado de saúde para o paciente e para a organização (Donabedian, 1980).

No Brasil, a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 do Ministério da Saúde que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) define, em seu artigo 4º, a segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (Brasil, 2013a).

Após a publicação da portaria 529, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 2013 que estabelece a obrigatoriedade de criação dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil (Brasil, 2013b).

1.1 O que é o Núcleo de Segurança do Paciente?

A segurança do paciente compreende um conjunto de atividades organizadas que promove cultura, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambiente nos cuidados em saúde que consistentemente e de forma sustentável diminuem os riscos, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem os impactos dos danos quando eles ocorrem (World Health Organization, 2021).

Para que a prática da segurança do paciente se tornasse efetiva nos cuidados em saúde a diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a resolução RDC 36 de 2013 com o objetivo de instituir nos serviços de saúde uma instância capaz de promover a segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (Brasil, 2013b).

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é a instância responsável por apoiar a direção do serviço na condução das ações de melhoria da qualidade e segurança do paciente. É de caráter compulsório nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis, militares incluindo aqueles que exercem serviços de ensino e pesquisa (Brasil, 2013b).

2 JUSTIFICATIVA

A crescente preocupação com a segurança do paciente reforça sua importância para qualidade nos sistemas de saúde em todo o mundo. A segurança do paciente torna-se cada vez mais importante e relevante frente à contribuição de estudos epidemiológicos que evidenciaram os efeitos indesejáveis da assistência à saúde causados por falhas de qualidade (Ehsani; Duckett; Jackson, 2007; Hofmann; Mark, 2006; Mendes *et al.*, 2009; Novaretti; Garcia; Nogueira, 2014).

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) no serviço de saúde, consiste em um planejamento estratégico para a segurança do paciente e deve estar de acordo com a missão, visão e valores dos serviços de saúde. É um direcionador das ações da liderança e dos profissionais na promoção da segurança e da qualidade nos processos de trabalho em saúde. O NSP é responsável pela sua elaboração, desenvolvimento e atualização (Brasil, 2013b).

O Plano de Segurança do Paciente deve se desdobrar em planos de ação que abranjam diretrizes operacionais detalhadas em nível de atividade. As ações macro deve ser decompostas até o nível operacional com cronograma de atividade claro e com os responsáveis pelas atividades identificados (Brasil, 2013b).

Espera-se com a implantação do Plano de Segurança do Paciente a redução da probabilidade de ocorrência de eventos adversos resultantes da exposição aos cuidados em saúde (Brasil, 2013b).

3 INTRODUÇÃO

3.1 Termos e definições

Para o correto entendimento dos termos utilizados no Plano de Segurança do Paciente do Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil (PSPCOHPC), as definições abaixo devem ser consideradas, com base na RDC 36 de 2013 (Brasil, 2013b) e Relatório Técnico da Organização Mundial de Saúde (2011):

- **incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;
- **near-miss:** um incidente que, por algum motivo, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e poderia, ou não, causar danos. É o “quase evento” ou “quase erro”;
- **evento adverso:** incidente que resulta em dano ao paciente;
- **never events:** eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde, definidos no Sistema NOTIVISA como “evento grave” ou que resultaram em óbito do paciente. No âmbito nacional, são considerados prioritários para a notificação e investigação;
- **evento sentinela:** ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco deles. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta;
- **segurança do paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- **gestão de risco:** 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;
- **dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

- **cultura de segurança:** conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;
- **farmacovigilância:** é o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela ANVISA;
- **tecnovigilância:** é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso *in vitro*), com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

3.2 Gerenciamento de risco

A RDC 36 de 2013 define gestão de risco como:

Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas, e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (Brasil, 2013b, art. 3, IV).

O risco na área de saúde, pode ser interpretado como uma situação indesejada com probabilidade de causar danos ao paciente. É a consequência da incerteza ou a possibilidade de ocorrência de um evento que afete positiva ou negativamente os objetivos do processo de cuidado. Ele é calculado a partir da probabilidade do evento se manifestar e do impacto que ele pode causar (ISO 45001:2018). O risco tem a visão do futuro, aquilo que pode vir a acontecer.

A gestão de riscos é um conjunto de ações coordenadas para controlar riscos inerentes a uma atividade ou uma organização. Na área de saúde o gerenciamento deve seguir com a construção do mapa de risco da unidade de saúde considerando a identificação, análise, avaliação, classificação, priorização, tratamento, mitigação e monitoramento dos riscos (Brasil, 2017).

A gestão do risco está relacionada à cultura de segurança, pressupondo o

aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes. O Núcleo de Segurança do Paciente é a primeira instância a gerir os riscos com o objetivo de rever os processos de trabalho, alinhá-los às práticas seguras e disseminar esses conhecimentos aos demais profissionais da equipe (Brasil, 2017).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivos gerais

- Regulamentar as ações de segurança do paciente no Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais (COHPC) – Unidade Ambulatorial;
- Reconhecer e mapear os riscos institucionais relacionados à especificidade local e aos processos assistenciais.

4.2 Objetivos específicos

- Instituir o Núcleo de Segurança do Paciente do COHPC;
- Identificar, analisar, mitigar e gerir os riscos aos pacientes, familiares e profissionais envolvidos no processo da assistência no Centro Odontológico da Polícia Civil – Unidade Ambulatorial. Além de promover e implementar ações de controle e monitoramento, atenuando as consequências dos eventos adversos, com maximização dos resultados positivos;
- Promover e implantar a política, as ações e a cultura de segurança do paciente;
- Promover a melhoria de resultados através das análises das ocorrências dos diversos tipos de incidentes: circunstâncias notificáveis com grande potencial para danos, incidentes, eventos adversos e eventos sentinela, a fim de oportunizar a revisão de processos e metodologias sistematizadas que garantam a segurança em diferentes âmbitos;
- Investigar os Eventos Adversos Moderados e Graves;
- Divulgar os dados dos eventos adversos investigados à equipe envolvida e discutir as oportunidades de melhorias;
- Assessorar as equipes na construção dos Planos de Ação para prevenção de recorrência de eventos similares;
- Promover e dar suporte à educação continuada em segurança do paciente;

- Integrar suas atividades a outras comissões que também gerenciam agravos relacionados à assistência à saúde (Brasil, 2016).

5 ABRANGÊNCIA

O Plano de Segurança do Paciente do Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais tem abrangência local. As demais unidades possuem gestão, núcleos e planos de segurança próprios.

6 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

O Plano de Segurança do paciente adota como princípios e diretrizes:

- melhoria contínua nos processos de cuidado;
- melhoria no uso das tecnologias em saúde;
- disseminação sistemática da Cultura de segurança do paciente;
- articulação e integração dos processos de gestão de risco;
- garantia de boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde dentro do seu âmbito de atuação (BRASIL, 2013b).

6.1 Ações e estratégias para abordagem dos princípios e diretrizes

1. Identificação e análise dos riscos;
2. integração dos diversos processos de gestão do risco;
3. implementação de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) na unidade (identificação do paciente, higiene das mãos, cirurgia segura, medicação segura, segurança no uso de equipamentos materiais, prevenção de quedas, prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde e infecções relacionadas a assistência);
4. comunicação efetiva;
5. participação do paciente no cuidado;
6. criação de rotinas (Brasil, 2013b).

6.2 Atividades do Núcleo de Segurança do Paciente

As atividades do NSP foram delineadas de acordo com as especificações da RDC nº 36 de 2013 (Brasil, 2013b):

- implantar POPs abordando 5 das 6 metas de segurança do paciente preconizadas pela OMS. Uma das metas, prevenção de úlcera por pressão, não será abordada, em decorrência da natureza do serviço odontológico. O intuito de implantação dos protocolos é criar fluxos, procedimentos e indicadores para os atendimentos baseado em

evidências científicas, para tornar o processo do cuidado mais seguro. Após a implantação dos POP, o processo de trabalho deverá ser avaliado e monitorado;

- promover a articulação entre a equipe multiprofissional na determinação das ações e atividades de Segurança do Paciente. A construção das ações deve ser realizada de forma participativa, envolvendo gestão, profissionais da assistência e administrativo;
- elaborar, implantar, divulgar atualizar o PSP, baseado nas informações do mapa de risco institucional a fim de promover a sua gestão e definir ações de melhorias;
- gerenciar os riscos inerentes aos serviços de saúde através da sua identificação e da dos eventos adversos, a fim de mitigar danos aos pacientes. A identificação dos riscos pode ser prospectiva (antes de acontecer), em tempo real (no momento do ocorrido) e retrospectiva (depois da ocorrência do incidente). Prevenção do *never events*, ou seja, aqueles eventos que nunca deveriam acontecer devido à sua alta gravidade e evidências científicas quanto a sua evitabilidade. Dentro dos *never events* especificados pelo sistema de informação da ANVISA os que se adequam aos serviços odontológicos são:
 - procedimento cirúrgico realizado no local errado;
 - procedimento cirúrgico realizado do lado errado;
 - procedimento cirúrgico realizado no paciente errado;
 - realização de cirurgia errada em um paciente;
 - retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia;
 - alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões para pessoa não autorizada;
 - suicídio, tentativa ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- identificar e avaliar não conformidades nos processos de trabalho, identificar os pontos críticos, redesenhar os processos e propor ações corretivas e preventivas como objetivo de mitigação de erros;
- acompanhar as ações vinculadas ao PSP e os indicadores de processo e resultado, sugeridos nos protocolos;

- estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes. Importante a abordagem sistêmica dos eventos adversos, bem elucidada com a teoria do queijo suíço. Essa teoria se baseia no estabelecimento de barreiras que impedem o perigo de alcançar os pacientes. Essas barreiras envolvem fatores estruturais e humanos como: profissionais capacitados, protocolos de atendimento, dimensionamento pessoal, comunicação efetiva;
- desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação da equipe em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- avaliar e analisar os dados coletados sobre os incidentes. Importante ressaltar a importância de se utilizar mais de uma forma de avaliação e análise. Não deve se restringir se aos dados coletados pelo NOTIVISA, outras ações a nível institucionais devem ser realizadas, como busca ativa em prontuários, *walkrounds* e auditorias;
- divulgar a análise dos resultados para toda a equipe e discutir com a direção, corpo clínico e comissões, a fim de subsidiar o aprendizado com os erros, as necessidades de intervenção e ou o redesenho dos processos;
- notificar os EA decorrentes da prestação de serviços de saúde:
 - incentivar as notificações como ferramentas de aprendizado, estimular a cultura não punitiva e criar um ambiente de trabalho em que as notificações aconteçam com naturalidade, como parte do processo de trabalho. Estimular o foco no processo e não na pessoa;
 - as notificações devem ser realizadas no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) através do NOTIVISA, facilmente acessado por meio do link <https://notivisa.anvisa.gov.br/frmLogin.asp>;
 - as notificações realizadas na instituição devem ser arquivadas e estarem disponíveis para serem utilizadas quando solicitadas. No mês em que não houver notificação, arquivar documento descritivo da não ocorrência de eventos adversos;
- manter atualizadas as comunicações de risco divulgadas pelos órgãos reguladores (Brasil, 2013b).

7 ESTRATÉGIAS PARA VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

As estratégias de vigilância de eventos adversos têm o objetivo de acompanhar de perto os riscos inerentes aos cuidados em saúde em prol de um atendimento de qualidade, seguro e centrado no paciente. Na odontologia são essenciais a vigilância de medicamentos, dos processos assistenciais, o controle de infecção e a vigilância de equipamentos.

7.1 Farmacovigilância

A farmacovigilância consiste no acompanhamento contínuo das medicações durante a fase de comercialização, quando serão utilizados na prática clínica. É importante para o controle das reações adversas decorrentes do seu uso, que podem não terem sido identificadas anteriormente (Ribeirão Preto, 2024).

Ela busca determinar precisamente o número suspeito de respostas indesejáveis, não intencionais, monitorando pacientes que apresentaram reações a medicamentos e grupos de risco (grávidas, neonatos, insuficientes renais ou hepáticos crônicos) (Ribeirão Preto, 2024).

A vigilância dessas reações adversas acontece através da notificação voluntária e espontânea por parte dos pacientes, no entanto, apresenta limitações em relação ao alto índice de subnotificações (Ribeirão Preto, 2024).

7.2 Vigilância de processos assistenciais

Os cuidados em saúde possuem riscos inerentes às suas práticas, na maioria das vezes evitáveis. Cabe às instituições de saúde um monitoramento dos processos de trabalho, dos recursos humanos, da estrutura disponível para o cuidado e da educação permanente de seus funcionários em busca de cuidados cada vez mais seguros. Segundo a OMS a segurança do paciente é primordial e objetiva a redução de riscos ao mínimo aceitável de acordo com a realidade da instituição e com capacitação dos seus funcionários (World Health Organization, 2021). A vigilância assistencial deve ser um processo ativo, em que os funcionários tenham autonomia e liberdade de pontuar risco de falhas ou falhas identificadas nos processos de trabalho.

Além de, juntamente com a equipe, propor intervenções capazes de impedir a efetivação do dano (Brasil, 2020).

Os profissionais de saúde da instituição deverão, ao identificar situações de risco, realizar a notificação espontânea via Sistema Eletrônico de Informações de Minas Gerais (SEI-MG). A equipe do NSP e a comissão de Gestão de Risco Hospitalar serão responsáveis pela interpretação dos dados notificados e planejamento das intervenções viáveis para a sua solução.

7.3 Controle de infecção

O controle de infecção é uma das vigilâncias mais importantes na área assistencial. Segundo a OMS são consideradas um grande problema de saúde pública em decorrência do grande número de eventos adversos decorrentes de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS). As IRAS têm grande impacto na qualidade de vida do indivíduo, na morbidade e mortalidade, além de impacto econômico e social. A grande vantagem é que a maioria das IRAS são evitáveis (World Health Organization, 2016).

As ações da Vigilância em controle de infecção na instituição devem abranger os registros completos de saúde dos pacientes, monitoramento constante dos processos na Central de Materiais e Esterilização (CME) e o acompanhamento dos pacientes no pós-operatório.

7.4 Tecnovigilância

A tecnovigilância é a responsável pelo monitoramento das queixas e dos eventos adversos de produtos para a saúde após comercialização (equipamentos materiais, artigos odonto-médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico). A importância desse monitoramento está na manutenção dos equipamentos em bom estado de conservação e funcionamento, evitando o comprometimento da assistência em decorrência de falhas estruturais no sistema (Ribeirão Preto, 2024).

8 AÇÕES DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

As ações do plano de segurança serão direcionadas pelas 5 metas interacionais de segurança do paciente preconizadas pela OMS:

- I – Identificação Correta do Paciente;
- II – Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde;
- III – Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- IV – Estimular a higiene das mãos;
- V – Estimular a adesão ao Protocolo de Prevenção de Quedas e Lesões por Pressão;
- VI - Estimular a notificação dos Eventos Adversos;
- VII – Investigar os Eventos Adversos Moderados e Graves;
- VIII– Divulgar as questões relacionadas à “SEGURANÇA DO PACIENTE”;
- IX - Disseminar sistematicamente a cultura de segurança do paciente;
- X – Implantar a educação permanente em segurança do paciente, incluindo o tema na integração de novos servidores.
- XI - Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada (Brasil, 2016).

9 MECANISMO DE IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DOS RISCOS

9.1 Sistema de notificações

As notificações serão realizadas voluntariamente, por qualquer dos funcionários, através do SEI. Essa notificação servirá para o monitoramento dos eventos adversos internamente, planejamento estratégico das necessidades de intervenção e educação permanente dos funcionários da unidade (tomando como base os erros mais incidentes).

Posteriormente, as notificações serão lançadas no NOTIVISA pelos integrantes do NSP, dentro de prazo estabelecido pela própria ANVISA, de acordo com a gravidade do evento. Assim, a agência de regulação realiza também o monitoramento dos casos e emite relatório anual.

9.2 Visitas técnicas - Ações – Proativas

Serão realizadas auditorias internas 2x ao ano para verificação da efetividade das ações, observação dos processos operacionais de trabalho, análise de conformidade ou não conformidade, além do mapeamento de riscos assistenciais. As auditorias internas serão guiadas por um formulário, previamente entregue à referência técnica responsável pela vistoria. A data da sua realização não será divulgada previamente.

10 MECANISMO DE INVESTIGAÇÃO DOS EVENTOS E DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

A análise dos eventos adversos será realizada pelo estudo pormenorizado da causa raiz, utilizando ferramentas eficazes como o diagrama de causa e efeito e a metodologia dos 5 porquês. Através dessa análise é possível identificar erros latentes (decorrentes da estrutura e incorporados nos processos de trabalho) e falhas ativas (decorrentes das decisões da equipe).

Uma vez identificados os problemas, um plano de ação com estratégias efetivas de mitigação dos eventos adversos é estabelecido (Corrêa; Sousa; Reis, 2020; ISMAIL; Khalid, 2022; Obadan; Ramoni, 2015).

Para investigação e análise das causas raiz serão disponibilizados, à equipe responsável, os materiais abaixo relacionados.

Conceito e classificação dos incidentes:

- **Near-miss:** É o quase evento. Um incidente que não atingiu o paciente;
- **Incidentes sem danos:** São desvios na assistência que atingiram o paciente, mas não causaram danos;
- **Incidentes com danos/Evento adverso:** São desvios na assistência, incidentes, que resultaram em danos evitáveis aos pacientes;
- **Never events:** Eventos de alta gravidade, com larga evidência científica quanto às estratégias de evitá-los. Esses eventos não devem ocorrer na assistência à saúde (Brasil, 2016).

Quadro 1 – Classificação de gravidade do dano

Nenhum	Sem consequência para o paciente
2 Leve	Sintomas leves. Danos mínimos e intermediários de curta duração. Pode desencadear lesões leves (irritações, cefaleia e desconfortos)
3 Moderado	Paciente necessitou de intervenção. Aumento do tempo e internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo. Pode provocar incapacidade temporária
4 Grave	Necessária intervenção para salvar a vida. Causa danos permanentes e a longo prazo. Pode desencadear lesões muito graves (intoxicação, múltiplas lesões, fraturas, doenças crônicas)
5 Gravíssimo	Pode provocar a morte

Fonte: Brasil (2016).

Quadro 2 – Probabilidade de ocorrência do risco

1 Muito improvável	Raramente ocorre
2 Improvável	Ocorre ocasionalmente, podendo acontecer até 1x ao ano.
3 Provável	Ocorre frequentemente, até algumas vezes por mês.
4 Muito Provável	Certamente ocorre, várias vezes por semana ou diário.

Fonte: Ribeirão Preto (2024).

Quadro 3 – Probabilidade

Gravidade	1	2	3	4
1	1	2	3	4
2	2	4	6	8
3	3	6	9	12
4	4	8	12	16

Fonte: Ribeirão Preto (2024).

Quadro 4 – Classificação dos riscos e das ações sugeridas para mitigá-los

Risco	Medidas
Trivial nível 1	Não requer ação específica
Aceitáveis níveis 2 e 3	Avaliação de todos os eventos aí classificados a fim de avaliar a tendência de ocorrência
Moderado níveis 4 e 5	Implementação de políticas de redução do risco (médio e curto prazo)
Importante níveis 8 e 9	Redução imediata do risco Implementação de políticas de redução a curto prazo Avaliação periódica para garantir a sua redução
Inaceitáveis níveis 12 a 18	Interrupção da ação até que o risco seja imediatamente reduzido sob pena de cancelamento de procedimentos clínicos e se necessário interdição do serviço

Fonte: Ribeirão Preto (2024).

11 PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE: AÇÕES ESTRATÉGICAS E MONITORAMENTO

Quadro 5 – Objetivo: estruturar o NSP

Ação	Método	Responsável	Prazo	Monitoramento
Gerir proativamente os riscos	Auditorias internas realizadas semestralmente Incentivo à notificação de riscos e eventos adversos Feedbacks à equipe pós análise dos eventos Planejamento de estratégias de mitigação Educação permanente	Equipe assistencial NSP CCIH Referência técnica Gestão	Mensal	Relatório das auditorias Relatório de eventos adversos Avaliação dos cursos de educação permanente
Atualizar constantemente o PSP	Revisão das normatizações e diretrizes regulamentadoras	NSP	Bianual	Evidência de publicação a cada 2 anos
Implementar ações após diagnóstico da cultura de segurança na unidade	Aplicação de instrumento de pesquisa do clima de segurança do paciente	NSP	Bianual	Acompanhamento das alterações estratégicas realizadas com o diagnóstico situacional
Manter o PGRSS atualizado	Revisão das normatizações e diretrizes regulamentadoras	Comissão de gerenciamento de resíduos	Bianual	Evidência de publicação a cada 2 anos
Manter o Plano e controle da IRAS atualizado	Revisão das normatizações e diretrizes regulamentadoras	CCIH	Bianual	Evidência de publicação a cada 2 anos
Manter os POs atualizados	Revisão das normatizações e diretrizes regulamentadoras	Todas as comissões	Bianual	Evidência de publicação a cada 2 anos

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Quadro 6 – Objetivo: identificação do paciente

Ação	Método	Responsável	Prazo	Monitoramento
Padronizar a identificação do paciente contendo 2 identificadores para checagem (Nome da mãe e CPF)	Elaboração de Procedimentos Operacionais Treinamento da equipe sobre sua utilização e importância	NSP	Imediato	Número de notificações realizadas via SEI. Resultado das auditorias
Identificar pacientes cirúrgicos /procedimentos invasivos	Identificação do paciente no acolhimento e direcionamento para o andar da cirurgia.	Equipe da recepção e acolhimento	Imediato	Número de notificações realizadas via SEI. Resultado das auditorias
Identificar pacientes alérgicos	Alerta de atenção em caixa alta com os prontuários dos pacientes.	Equipe assistencial	Imediato	Auditar prontuários dos pacientes

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Quadro 7 – Objetivo: melhorar a comunicação dos profissionais

Ação	Método	Responsável	Prazo	Monitoramento
Padronizar a comunicação entre os profissionais da unidade (referência/contrarreferência)	Elaboração de procedimentos operacionais relacionados à comunicação efetiva.	NSP	Imediato	Avaliação dos prontuários. Auditorias internas.
Melhorar a qualidade dos registros no prontuário	Sensibilizar e treinar os profissionais quanto à importância de registros completos nos prontuários.	Toda equipe assistencial.	Imediato	Avaliação dos prontuários. Auditorias internas.
Definir o fluxo de comunicação dos riscos e eventos adversos	Elaborar um procedimento operacional de comunicação das notificações e dos alertas de risco.	Toda equipe assistencial.	Imediato	Número de eventos notificados. Aprendizado com os erros.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Quadro 8 – Objetivo: melhorar a segurança na prescrição

Ação	Método	Responsável	Prazo	Monitoramento
Padronizar as prescrições no centro odontológico	Elaboração de protocolo operacional e treinamento para utilização dos vários tipos de receituários: Branco, Azul e Amarelo.	NSP	6 meses	Número de receituários dispensados fora da padronização.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Quadro 9 – Objetivo: assegurar cirurgia segura

Ação	Método	Responsável	Prazo	Monitoramento
Padronizar diretrizes para cirurgias e procedimentos invasivos seguros	Elaborar protocolo operacional para cirurgia segura	NSP CCIH	3 meses	Auditoria da adesão ao protocolo operacional.
Implantar Checklist Cirurgia Segura	Divulgação e treinamento do Checklist cirurgia segura	NSP CCIH	3 meses	Avaliação do preenchimento do checklist nos prontuários.
Implantar rastreabilidade do kit cirúrgico	Divulgação e treinamento do registro da rastreabilidade do kit	NSP CCIH	3 meses	Avaliação do preenchimento da rastreabilidade nos prontuários.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Quadro 10 – Objetivo: higienizar as mãos para evitar infecções

Ação	Método	Responsável	Prazo	Monitoramento
Manter as diretrizes de higiene das mãos atualizada e visível nos locais de atendimento,	Elaboração de procedimento operacional para higiene das mãos Divulgação e treinamento da equipe	NSS CCIH	3 meses	Evidência de publicação e revisão a cada 2 anos
Monitorar o processo de Higiene das mãos	Checklist de observação dos 5 momentos de higiene das mãos preconizados pela OMS	NSP CCIH Equipe assistencial	3 meses	Auditoria da adesão da equipe multiprofissional ao checklist

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Quadro 11 – Objetivo: Reduzir risco de quedas

Ação	Método	Responsável	Prazo	Monitoramento
Padronizar as ações de prevenção de queda e o manejo pós queda	Elaboração do protocolo de prevenção de quedas	NSP Equipe de gestão de risco	3 meses	Auditoria da adesão da equipe multiprofissional ao protocolo.
Confecção de materiais educativos para profissionais e pacientes sobre prevenção de quedas	Elaboração de folders sobre prevenção de quedas e disponibilizá-los na sala de espera	NSP Equipe de gestão de risco	3 meses	Número de folders distribuídos/mês
Fortalecer a parceria com paciente e ou familiar na entrega do cuidado seguro	Promover o engajamento do paciente e ou familiar no cuidado	NSP Equipe Assistencial	3 meses	Auditoria do número de quedas ao longo dos meses

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacovigilância nº 10: farmacovigilância ativa**. Brasília, DF: ANVISA, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/monitoramento/farmacovigilancia/boletins-de-farmacovigilancia/boletim-de-farmacovigilancia-no-10.pdf/view>. Acesso 2 jun. 2024.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude.pdf>. Acesso 2 jun. 2024.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf/view>. Acesso em: 22 mar. 2024.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 23 ago. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 23 ago. 2024.
- CHANTLER, C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. **The Lancet**, Londres, v. 353, n. 9159, p. 1178-1181, abr. 1999.
- CORRÊA, C. D. T. S. O.; SOUSA, P.; REIS, C. T. Segurança do paciente no cuidado odontológico: revisão integrativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 10, p. 1-24, jun. 2020.
- DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
- EHSANI, J. P.; DUCKETT, S. J.; JACKSON, T. The incidence and cost of cardiac surgery adverse events in Australian (Victorian) hospitals 2003-2004. **The European Journal of Health Economics**, Berlin, v. 8, n. 4, p. 339-346, dez. 2007.

HOFMANN, D. A., MARK, B. An investigation of the relationship between safety climate and medication error as well as other nurse and patient outcomes. **Personnel Psychology**, Hoboken, v. 59, n. 4, p. 847-869, nov. 2006.

ISMAIL, A.; KHALID, S. N. M. Patient safety culture and its determinants among healthcare professionals at a cluster hospital in Malaysia: a cross-sectional study. **BMJ Open**, Londres, v. 12, n. 8, p. 1-11, ago. 2022.

KALENDERIAN, E. *et al.* Classifying Adverse Events in the Dental Office. **Journal of Patient Safety**, Filadélfia, v. 17, n. 6, p. 540-55, set. 2021.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press; 1999.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 279-84, ago. 2009.

NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: National Academy Press; 2001.

NIEVA, V. F., SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality & Safety in Health Care**, Londres, v. 12, n. 2, p. 17-23, dez. 2003.

NOVARETTI, M. C. Z. *et al.* Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 5, p. 692-699, set. 2014.

OBADAN, E. M.; RAMONI, R. B. Lessons learned from dental patient safety case reports. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 146, n. 5, p. 318-326, maio 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Plano de segurança do paciente secretaria municipal de saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal, 2024. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude737202401.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre a segurança do doente**. Genebra: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Genebra: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level.** Geneva: World Health Organization, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems:** from information to action. Geneva: Geneva: World Health Organization, 2005.

ANEXO A – Formulário de Notificação de Eventos Adversos (Kalenderian *et al.*, 2021; Brasil, 2017)

Data:

Hora:

Unidade:

Notificante:

Tipo de ocorrência: Queda

Falhas/Paradas nos equipamentos

Falhas de identificação

Falha de diagnóstico

Dor

Infecção

Danos aos tecidos duros

Injúria ao nervo

Dano/Inflamação nos tecidos moles

Outros danos orofaciais

Alergia/Toxicidade/Resposta a corpo estranho

Aspiração ou ingestão de corpo estranho

Local errado/Paciente errado/Procedimento errado

Sangramento

Outros danos sistêmicos

Outros danos

Alta ou liberação de paciente incapaz para pessoa não autorizada

Suicídio, tentativa ou dano auto infligido durante a assistência

Características do incidente:

Fatores contribuintes:

Ação imediata/ Ações corretivas:

Classificação da ocorrência:

E1: **Temporária** (reversível ou transitória) Dano mínimo ou médio ao paciente.

E2: **Temporária** (reversível ou transitória) Dano moderado a severo ao paciente.

F: Dano ao paciente que requereu transferência para a sala de emergência e/ou hospitalização prolongada.

G1: Dano permanente mínimo ou médio.

G2: Dano permanente moderado a severo.

H: Intervenção requer suporte de vida.

I: Morte.

Consequências organizacionais:

**ANEXO B – Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade dos Materiais
(Ribeirão Preto, 2024)**

Nome do Identificador:

Categoria Profissional:

Unidade de saúde:

Telefone;

Data da Ocorrência:

Número de vezes que o fato ocorreu:

Qual tipo de material odontológico:

Acarretou agravos à saúde?

Poderia ter causado agravo à saúde?

Quais as consequências?

Foram tomadas providências? Se sim, quais?

Produto dentro do período de validade?

Produto dentro da validade de esterilização?

Recomendações de manutenção / armazenamento foram cumpridas?

Ocorrência envolvendo equipamento odontológico?

Sob garantia?

Em uso há quantos meses?

Realizado algum reparo, manutenção corretiva ou preventiva? Quando?

**ANEXO C – Ficha de Notificação de Incidentes Relacionados a Medicamentos
(Ribeirão Preto, 2024)**

Data do problema:

Horário:

Local:

Tipo de problema: Reação adversa
 Erro de prescrição
 Erro de checagem
 Interação medicamentosa
 Inefetividade terapêutica
 Queixa técnica/Desvio de qualidade
 Outros

Descrição do ocorrido:

Profissional envolvido:

Ações imediatas:

Ações preventivas:

5.3 Curso de qualificação

POLÍCIA CIVIL DE MINAS GERAIS

**PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO CENTRO ODONTOLÓGICO DA
POLÍCIA CIVIL DE MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2024

TREINAMENTO EM SEGURANÇA DO PACIENTE

Elaboradora: Camilla Rossi Perácio

Colaboradora: Daniele Lopes Leal – Departamento de Odontologia Social e Preventiva

1 EQUIPE RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO CURSO

Equipe do Núcleo de Segurança do Paciente

- **Diretor do Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais:** Dr. Rodrigo Caillaux
- **Coordenadora do Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais:** Dra. Letícia Gazzolla

2 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem tomado lugar de destaque nos serviços de saúde brasileiros, desde 2013, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de número 36 com o objetivo de instituir ações que priorizem, nos serviços de saúde, a qualidade da assistência (Brasil, 2013b).

Inicialmente a temática foi adotada e aplicada na atenção terciária, onde aconteciam os maiores incidentes decorrentes da própria assistência à saúde (Giles *et al.*, 2015; Yamalik; Perea-Pérez, 2012). Esses eventos implicam consequências permanentes ou transitórias ao paciente e danos relacionados à credibilidade, judicialização e perdas financeiras à instituição.

Apesar da temática ser abordada, prioritariamente, nas equipes de enfermagem da atenção terciária, a segurança do paciente envolve a equipe multiprofissional e multidisciplinar. Daí a necessidade de inclusão das outras categorias profissionais nas pesquisas (World Health Organization, 2021).

A odontologia é na sua essência uma atividade que envolve procedimentos sofisticados, de alta complexidade e com possíveis riscos ao paciente por isso a importância de se investir em treinamentos e capacitações na área (Yamalik; Perea-Pérez, 2012).

Nesse contexto, foi avaliada a segurança do paciente e a qualidade do cuidado no Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais com o intuito de conhecer seu contexto, promover discussão sobre fragilidades e fortalezas e propor ações de melhorias.

3 JUSTIFICATIVA

A Cultura de Segurança e a notificação de eventos adversos, percebidos na instituição, se mostraram como ponto de fragilidade, levando a reflexões sobre a estrutura do serviço e a proposição de estratégias para sua reorganização, alinhadas às premissas de um atendimento seguro.

Nesse cenário, a fim de oferecer cuidados em saúde seguros e qualificados seria interessante implantar uma cultura de segurança e notificação de eventos efetivos. Para isso, recomenda-se seguir os eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil, 2013a). Esses eixos estão descritos a seguir:

- **Eixo 1:** estímulo da prática assistencial segura: envolve a criação de protocolos básicos definidos pela OMS, a criação de um Plano local de segurança do paciente, criação de Núcleos de Segurança do Paciente, Sistemas de notificação de incidentes, Sistemas de notificação de eventos adversos no Brasil;
- **Eixo 2:** envolvimento do cidadão com a sua segurança: Autocuidado apoiado, com o paciente no centro do cuidado, corresponsável pela sua saúde e vinculado ao sistema;
- **Eixo 3:** inclusão do tema Segurança do Paciente no ensino: inclusão do tema segurança do paciente na educação permanente (mantém os profissionais atualizados quanto às novas tecnologias em saúde de forma regular e contínua), na pós-graduação e nas graduações em saúde;
- **Eixo 4:** incremento da pesquisa em segurança do paciente: segundo a OMS é necessário investigar o dano, compreender suas causas, identificar soluções, avaliar o impacto e transpor a evidência em cuidado seguro;

Pretende com esta proposta de qualificação alinhar a questão conceitual à prática segura com abordagem dos eixos 1 e 3 recomendados pela OMS.

4 OBJETIVO GERAL

Qualificar a equipe multiprofissional do Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais (COHPC) em cultura de Segurança do Paciente, trabalho em equipe, comunicação eficaz, gerenciamento de risco, otimização de fatores humanos e ambientais, e gerenciamento de eventos adversos.

5 PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação foi realizado para apresentação como produto técnico do Mestrado Profissional Odontologia em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais. O mesmo será socializado e aprovado pela equipe do COHPC antes de sua implantação.

Desenho das operações para a resolução dos nós críticos identificados

Quadro 1 – Problema: fragilidade na cultura de segurança do paciente e na notificação de eventos adversos da instituição

Nó crítico	Operação	Resultado Esperado	Produtos Esperados
Desconhecimento dos princípios em segurança do paciente	Curso de qualificação voltado para a equipe multiprofissional	Equipe qualificada nas melhores práticas em Segurança do Paciente	Entrega de cuidado de qualidade, seguro e centrado no paciente
Cultura de culpa (alta hierarquização da instituição)	Treinamento em uma Cultura Justa	Mudanças comportamentais em toda a equipe multiprofissional.	Ambiente que favorece e incentiva o relato de eventos adversos. Compreensão de que as falhas são causadas pelo sistema.
Ausência de notificação de incidentes e eventos adversos	Treinamento das etapas de notificação	Aumento no número de notificações na unidade.	Incidentes e eventos adversos notificados Aprendizado a partir dos eventos notificados.
Escassez de Protocolos Operacionais Padrão	Construção de protocolos das metas internacionais de Segurança do Paciente	Criação de rotinas de trabalho padronizadas.	Implantação dos protocolos. Monitoramento e avaliação dos processos de trabalho
Escassez de treinamento na unidade	Estabelecimento de um Programa de Educação Permanente	Aumento da qualidade do cuidado centrado no paciente	Educação Permanente baseada na realidade da instituição e nos problemas encontrados

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Quadro 2 – Avaliação dos recursos críticos para a efetivação das operações propostas

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Curso de qualificação voltado para a equipe multiprofissional	Organizacional: Gerenciar a divisão da equipe em pequenos grupos, datas e horários
Treinamento em uma Cultura Justa	Comportamental: quebrar paradigma hierarquizado da instituição Organizacional: Gerenciar a divisão da equipe em pequenos grupos, datas e horários
Treinamento das etapas de notificação	Recursos Humanos: Disponibilizar pessoas do setor de TI para criar sistema interno de notificação Estrutura: Computadores para treinar a equipe no NOTIVISA Organizacional: Gerenciar a divisão da equipe em pequenos grupos, datas e horários
Construção de Protocolos das metas internacionais de Segurança do Paciente	Recursos humanos: Disponibilizar pessoal da equipe para a construção e responsabilização pelos POPs
Estabelecimento de um Programa de Educação Permanente	Organizacional: alinhar com a liderança do Centro Odontológico a inserção da Educação Continuada na rotina da instituição.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Quadro 3 – Análise de viabilidade e estratégia para efetivação da abordagem dos recursos críticos

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
Curso qualificação para a equipe multiprofissional	Organizacional: Gerenciar a divisão da equipe em pequenos grupos, datas e horários	Liderança do Centro Odontológico	Favorável	Apresentar o projeto à equipe de gestão
Treinamento em uma Cultura Justa	Comportamental: quebrar paradigma hierarquizado da instituição Organizacional: Gerenciar a divisão da equipe em pequenos grupos, datas e horários	Liderança do Centro Odontológico	Desfavorável	Apresentar o projeto à equipe de gestão
Treinamento das etapas de notificação	Recursos Humanos: Disponibilizar pessoas do setor de TI para criar sistema interno de notificação Estrutura: Computadores para treinar a equipe no NOTIVISA Organizacional: Gerenciar a divisão da equipe em	Liderança do Centro Odontológico	Favorável	Apresentar o projeto à equipe de gestão

	pequenos grupos, datas e horários			
Construção de Protocolos das metas internacionais de Segurança do Paciente	Recursos humanos: Disponibilizar pessoal da equipe para a construção e responsabilização pelos POPs	Liderança do Centro Odontológico	Favorável	Apresentar o projeto à equipe de gestão
Estabelecimento de um Programa de Educação Continuada	Organizacional: alinhar com a liderança do Centro Odontológico a inserção da Educação Continuada na rotina da instituição.	Liderança do Centro Odontológico	Favorável	Apresentar o projeto à equipe de gestão

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Quadro 4 – Plano operativo e delineamento do prazo para realização das operações

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação Estratégica	Responsável	Prazo
Curso qualificação para a equipe multiprofissional	Equipe qualificada nas melhores práticas em Segurança do Paciente	Entrega de cuidado de qualidade, seguro e centrado no paciente	Apresentar o projeto à equipe de gestão	Liderança do Centro Odontológico	90 dias
Treinamento em uma Cultura Justa	Mudanças comportamentais em toda a equipe multiprofissional.	Ambiente que favorece e incentiva o relato de eventos adversos. Compreensão de que as falhas são causadas pelo sistema.	Apresentar o projeto à equipe de gestão	Liderança do Centro Odontológico	90 dias
Treinamento das etapas de notificação	Aumento no número de notificações na unidade.	Eventos notificados. Aprendizado a partir dos eventos notificados.	Apresentar o projeto à equipe de gestão	Liderança do Centro Odontológico	90 dias
Construção de Protocolos Operacionais Padrão das metas internacionais de Segurança do Paciente	Criação de rotinas de trabalho padronizadas.	Implantação dos protocolos. Monitoramento e avaliação dos processos de trabalho.	Apresentar o projeto à equipe de gestão	Liderança do Centro Odontológico	Imediato

Estabelecimento de um Programa de Educação Permanente	Aumento da qualidade do cuidado centrado no paciente	Educação permanente baseada na realidade da instituição e nos problemas encontrados	Apresentar o projeto à equipe de gestão	Liderança do Centro Odontológico	Anual
---	--	---	---	----------------------------------	-------

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

9 METODOLOGIA DO CURSO

O curso de qualificação abordará as três primeiras operações descritas acima. Os casos problematizados envolvem questões em relação à cultura da instituição, a importância e as etapas de notificação e os protocolos construídos.

O curso será ministrado através da aplicação da metodologia ativa, abordando o conhecimento através do aprendizado baseado em problemas (AHRQ, 2021; KING *et al.*, 2008; MOHSEN *et al.*, 2021). Optou-se pela criação de problemas fictícios, passíveis de ocorrer nas instituições odontológicas.

A carga horária prevista para o curso será de 8 horas. A equipe receberá orientações sobre os temas a serem abordados e a metodologia proposta. O material de consulta estará disponível para estudo 1 semana antes da data do curso.

A equipe se dividirá em 5 grupos, com pelo menos um profissional de cada área (cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, auxiliares administrativos e gestores). Em cada grupo um componente do Núcleo de Segurança do Paciente da instituição se responsabilizará pela condução das atividades.

A cada grupo serão entregues dois diagramas de causa/efeito (ISHIKAWA), cada um com a descrição de um problema fictício específico. A equipe deverá refletir de forma colaborativa sobre o problema, levantar suas possíveis causas e num esforço conjunto traçar as possíveis soluções.

Cada problema será posteriormente compartilhado com toda a equipe, quando haverá a discussão dos casos e o alinhamento de um plano de ação para sua resolução.

A metodologia será dividida em 3 fases:

1. Preparação:

- distribuição de materiais didáticos sobre o tema proposto para estudo prévio da equipe;
- distribuição de diagramas de causa/efeito relatando os principais problemas levantados no serviço;

2. Participação/Cenário: vivência do problema de forma prática:

- baseado no diagrama de causa/efeito a equipe deverá realizar um *brainstorming* (criar o maior número de ideias sobre as possíveis causas e soluções para o problema e selecionar as melhores);

- analisar a causa raiz (como? por quê? O que pode ser feito?) (Obadan; Ramoni, 2015);
 - propor a melhor solução para o problema levantado;
3. **Debriefing:** ferramenta utilizada para potencializar o aprendizado através da experiência (Lorenzini *et al.*, 2023; Nascimento *et al.*, 2020; Penn *et al.*, 2023):
- discussões sobre o processo do serviço, os comportamentos da equipe e as soluções levantadas;
 - a equipe deve ser motivada a se manifestar sem medo de implicações negativas;
 - abordagem sistêmica, avaliação do processo;
 - reflexão, aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes;
 - estabelecimento de um plano de ação (ações necessárias para alcançar o resultado esperado) envolvendo a equipe multiprofissional.

10 CONTEÚDO PROGRAMÁTICO (Marra; Sette, 2016)

- Conceito de segurança do paciente;
- cultura de segurança;
- complexidade do cuidado (registros clínicos);
- complexidade do cuidado (medicação segura);
- complexidade do cuidado (radiação ionizante);
- gerenciamento de risco (proteção profissional/paciente);
- prevenção e controle de infecção (*checklist* cirurgia segura/biossegurança);
- aprendizado com os erros (sistema de notificação);
- trabalho em equipe (competências de comunicação);
- envolvimento do paciente/família no cuidado (Corresponsabilização do cuidado).

11 MATERIAL DIDÁTICO PARA EMBASAMENTO TEÓRICO

- Portaria 529 (acesso por meio do link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html);
- metas Internacionais em Segurança do Paciente (acesso por meio do link: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>);
- plano de ação global de segurança do paciente (acesso por meio do link: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-de-acao-global-para-a-seguranca-do-paciente-2021-2030-traduzido-para-portugues/view>) .

PROBLEMAS

Abaixo foram descritos 10 casos baseados nos eixos 1 e 3 da portaria 529 (Brasil, 2013a). Os casos envolvem situações comuns de ocorrerem na rotina diária de um serviço de saúde odontológico.

CASO 1: Paciente com histórico de endocardite bacteriana prévia e cirurgia de reconstrução de válvula cardíaca protética. Foi encaminhado pelo dentista clínico ao periodontista para a realização de curetagem subgengival. Na ficha clínica não havia relato problema sistêmico. Periodontista realizou o procedimento sem a conferência do estado geral de saúde do paciente, ocasionando complicações cardiovasculares posteriores decorrente da ausência de profilaxia antibiótica prévia (REGISTROS CLÍNICOS).

CASO 2: Paciente alérgico à penicilina, com quadro de pericoronarite, trismo, supuração e linfadenopatia na região do 48, com indicação de extração. Profissional responsável pelos registros em prontuário não questionou o paciente sobre possíveis alergias e prescreveu amoxicilina com clavulanato para tratamento da infecção e posterior exodontia. Paciente evoluiu com reação anafilática severa necessitando atendimento emergencial (REGISTRO CLÍNICO, MEDICAÇÃO SEGURA).

CASO 3: Paciente que apresenta um homônimo na mesma instituição de saúde foi agendado para remoção de lesão cística no ápice do 37. Ao realizar a agendamento e seleção do prontuário, foi selecionado o outro homônimo, que na evolução tinha como planejamento a extração do 38 incluso. O cirurgião dentista não realizou a conferência do nome completo do paciente, conferindo apenas a documentação radiográfica e iniciou a cirurgia, quando se surpreendeu pela ausência de dente incluso na região do 38 (PROTEÇÃO DO PACIENTE, CHECKLIST CIRURGIA SEGURA).

CASO 4: Paciente de 29 anos, grávida de 8 semanas comparece ao serviço de urgência da instituição com quadro de dor irradiada na região do 25, 26, 27. Clinicamente os referidos elementos não apresentavam alterações clinicamente detectáveis. O cirurgião dentista solicitou exame radiográfico imediato para verificação da origem da dor. O técnico de radiologia atrasado com demanda de pacientes e sob a pressão dos dentistas do serviço, chamou a paciente de 29 anos, não questionou quanto a possibilidade de ela estar grávida e realizou as tomadas radiográficas sem a

devida proteção (avental de chumbo e protetor de tireoide) (DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL, RADIAÇÃO IONIZANTE E REGISTRO CLÍNICO).

CASO 5: Cirurgião dentista estava realizando condicionamento dentário com ácido fosfórico a 37% no elemento 21 para cimentação adesiva de uma faceta em cerâmica. O posicionamento da cabeça do paciente estava um pouco abaixo do plano horizontal para permitir a visualização do encaixe palatino. O paciente estava sem óculos de proteção e sem isolamento absoluto. Havia ar dentro da seringa de ácido, e ao apertá-la, o jato foi direto no olho do paciente, ocasionando complicações oculares no mesmo (PROTEÇÃO DO PACIENTE E DO PROFISSIONAL).

CASO 6: Cirurgião dentista com a agenda preenchida, atrasado e com 3 urgências para atender. Uma delas era a recimentação da restauração metálica fundida (RMF) do elemento 38 que havia soltado. Ansioso com a demanda, teve dificuldade em posicionar a restauração indireta no dente e o paciente acabou engolindo-a, requerendo encaminhamento ao serviço de urgência médico cirúrgico para avaliação e localização da peça (sistema respiratório ou digestório) (CUIDADO COM O PACIENTE, DIMENSIONAMENTO DA DEMANDA).

CASO 7: Paciente imunossuprimido em retratamento endodôntico. Ao chamar o paciente, o dentista observa que o rotatório e suas limas não estão esterilizados. Solicita à auxiliar que faça apenas a desinfecção para ele atender a paciente, pois ela veio do interior. A auxiliar, com receio de contradizer o CD, apesar de saber das implicações de biossegurança envolvidas, realiza a desinfecção do instrumental e o entrega ao dentista, que realizou o tratamento (ÉTICA, CUIDADO COM O PACIENTE, COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO).

CASO 8: Paciente em tratamento na prótese, com invasão de espaço biológico, necessitando aumento de coroa clínica, é encaminhado à periodontia. Ao chegar na consulta, é solicitada à paciente a guia de referência. Porém, o dentista da prótese não a entregou, falou que relataria na ficha clínica. Ao verificar na ficha, o periodontista observou ausência de relato ou encaminhamento. Impossibilitado de atender a paciente, a encaminhou de volta ao dentista de origem (COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO).

CASO 9: Criança de 8 anos com cárie de estabelecimento precoce é atendida pelo cirurgião dentista. Durante o exame o dentista percebe as múltiplas lesões e sem o consentimento dos responsáveis, inicia o tratamento restaurador. Não esclarece o contexto da doença, seus fatores desencadeadores e as possibilidades

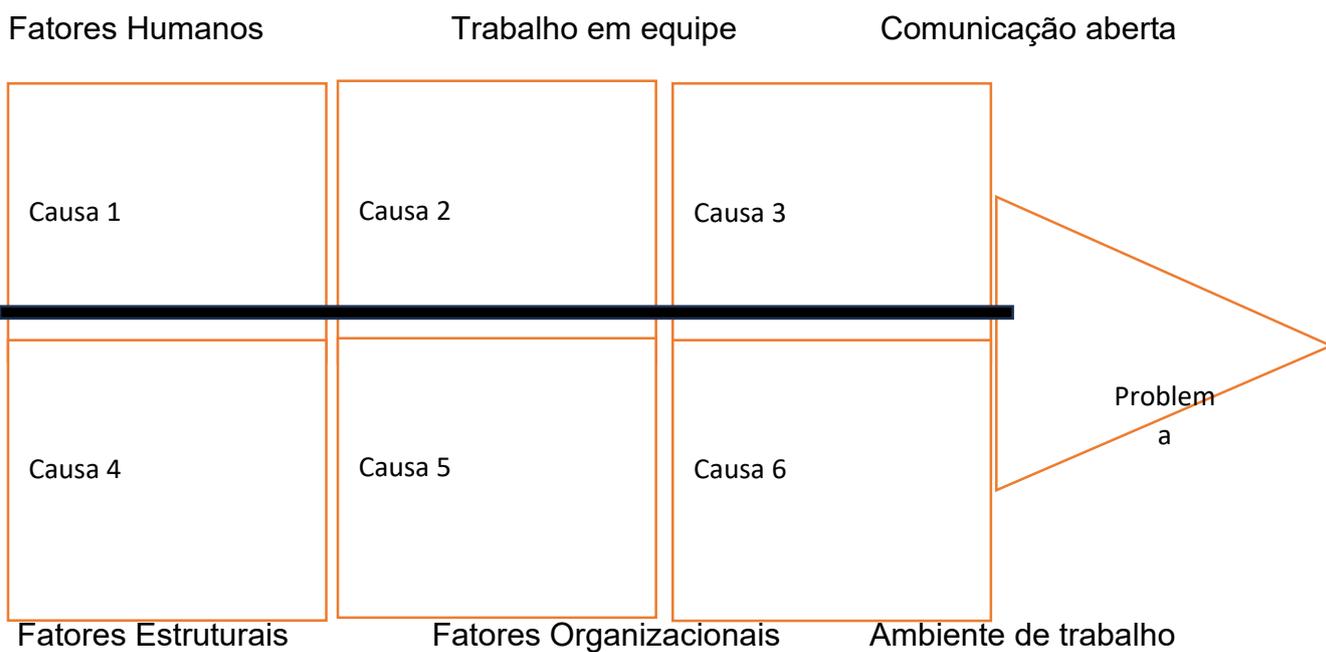
de tratamento. Um ano depois, essa criança retorna ao serviço com cáries recorrentes nos dentes que haviam sido tratados (ÉTICA, ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NO CUIDADO).

CASO 10: Paciente com perdas posteriores não reabilitadas, dificuldade de alimentar, além de movimentação nos dentes anteriores após as exodontias. Relata que tentou reabilitar 2x com próteses removíveis, mas não obteve sucesso. Sentiu incômodo e o dentista responsável justificou que a adaptação da prótese parcial removível (PPR) é mesmo difícil e que não havia alternativa para o caso (COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO, ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NO CUIDADO).

PERGUNTAS ABERTAS

- Para você, em que consiste a segurança do paciente?
- O que seria uma cultura de segurança segura?
- O que você entende por evento adverso? Saberá identificar um?

Modelo de Diagrama causa/efeito para ser utilizado no curso



Modelo para estabelecimento do Plano de ação

Como	Descrição	Ferramenta	Responsável	Prazo	Status
Ações Imediatas					
Ações corretivas					
Programa de Manutenção					

12 AVALIAÇÃO DO CURSO

Os participantes serão avaliados de forma processual por meio da participação nas atividades propostas.

As operações abordadas serão avaliadas por meio de um formulário físico, sem identificação, aplicado ao final da atividade e entregue em conjunto, para preservação da identidade profissional.

O questionário deverá conter questões acerca da proposta, da percepção dos profissionais sobre sua participação e o impacto causado (autoavaliação).

Estas questões serão consolidadas por meio de tabelas e gráficos e posteriormente divulgadas nas reuniões de equipe.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Team STEPPS® Dental Module**. Rockville: AHRQ, 2021. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/dental/index.html>. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 23 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 23 ago. 2024.

GILES, S. *et al.* Contributory factors to patient safety incidents in primary care: protocol for a systematic review. **Systematic Reviews**, Londres, v. 4, n. 63, p. 1-7, maio 2015.

KING, H. B. *et al.* TeamSTEPPS™: team strategies and tools to enhance performance and patient safety. In: HENRIKSEN, K. *et al.* (org). **Advances in patient safety: new directions and alternative approaches** (Vol. 3: performance and tools). Rockville: AHRQ, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43686/>. Acesso em: 17 abr. 2024.

LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R.; BAO, A. C. P. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 121-127, jun. 2014.

LORENZINI, L. *et al.* Emergency team competencies: scoping review for the development of a tool to support the briefing and debriefing activities of emergency healthcare providers. **Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care**, Londres, v. 3, n. 1, p. 24-28, jul. 2023.

MARRA, V. N.; SETTE, M. L. **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde**: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: Autografia, 2016.

MOHSEN, M. M. *et al.* Team strategies and tools to enhance performance and patient safety at primary healthcare units: effect on patients' outcomes. **Nursing Forum**, Filadélfia, v. 56, n. 4, p. 849-859, out. 2021.

NASCIMENTO, J. S. G. *et al.* Debriefing methods and techniques used in nursing simulation. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 1-9, abr. 2020.

OBADAN, E. M.; RAMONI, R. B. Lessons learned from dental patient safety case reports. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 146, n. 5, p. 318-326, maio 2015.

PENN, J. *et al.* Optimizing Interprofessional Simulation with Intentional Pre-Briefing and Debriefing. **Advances in Medical Education and Practice**, Auckland, v. 14: p. 1273-1277, nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 ago. 2024.

YAMALIK, N.; PEREA-PÉREZ, B. Patient safety and dentistry: what do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. **International Dental Journal**, Londres, v. 62, n. 4, p. 189-196, ago. 2012.

5.4 Algoritmos em saúde

Elaboradora: Camilla Rossi Perácio

Colaborador: Wellington Braz Pereira – Abertta Saúde

Os algoritmos preditivos desempenham papéis importantes nos cuidados em saúde contemporâneos ao determinarem previamente a probabilidade de eventos e desfechos ocorrerem. Eles podem ser utilizados tanto para a tomada de decisão clínica quanto para os desafios operacionais e administrativos em saúde (Van Smenden *et al.*, 2021).

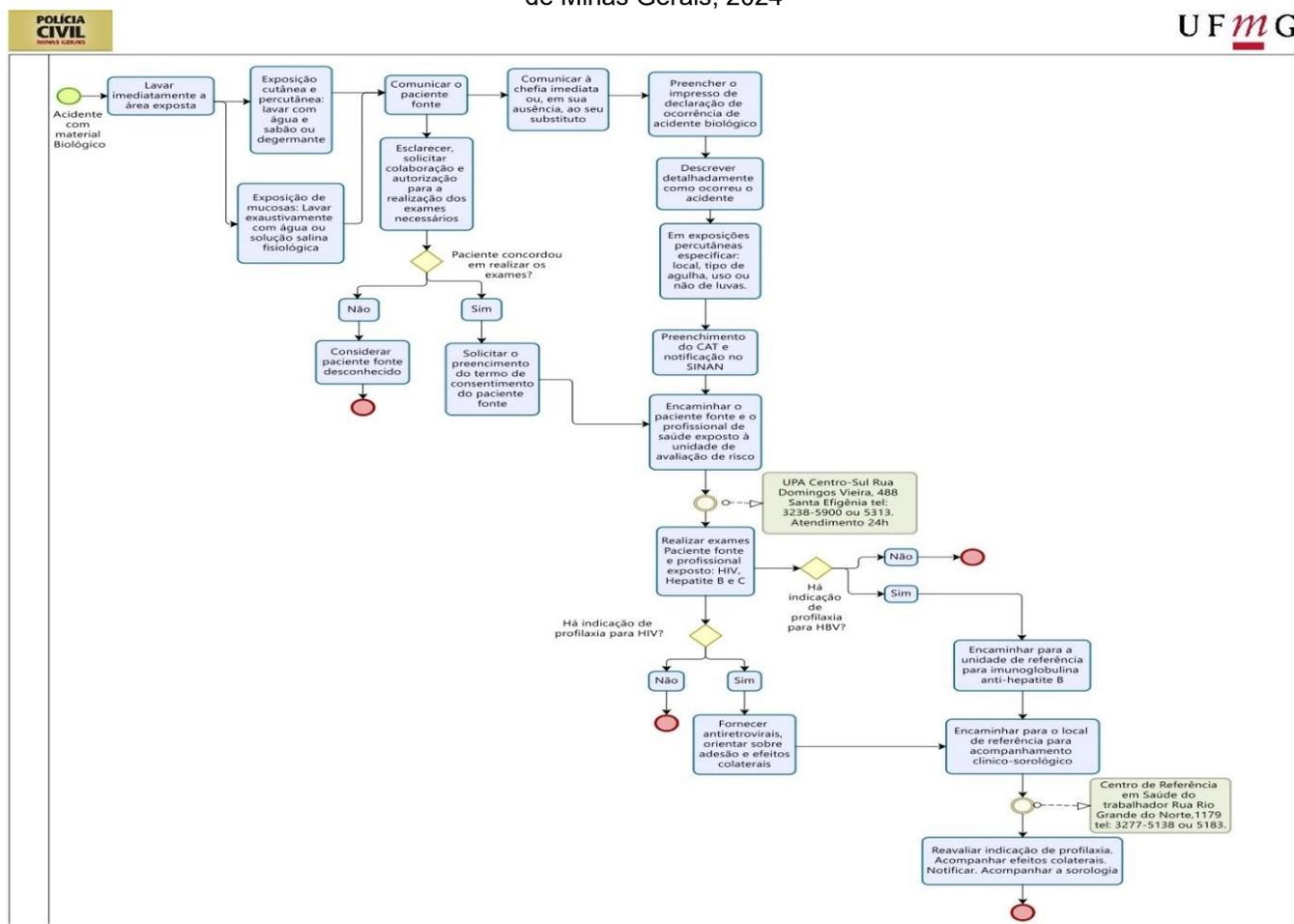
Vantagens:

1. são um conjunto de instruções lógicas fáceis de entender e interpretar;
2. direcionam uma tarefa do início ao fim;
3. permitem a antecipação do problema, a tomada de decisão informada e a redução dos riscos;
4. aumentam a eficiência dos processos, aprimoram rotinas, reduzem erros humanos e promovem serviços de qualidade (Van Smenden *et al.*, 2021).

Foram elaborados oito algoritmos, cinco deles baseados nas metas internacionais de segurança do paciente e três nas demandas do serviço. A meta redução de úlceras por pressão não foi contemplada neste trabalho, por não fazer parte da realidade do serviço pesquisado.

5.4.1 Algoritmo para procedimentos em caso de ocorrência de acidente envolvendo material biológico de risco no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024

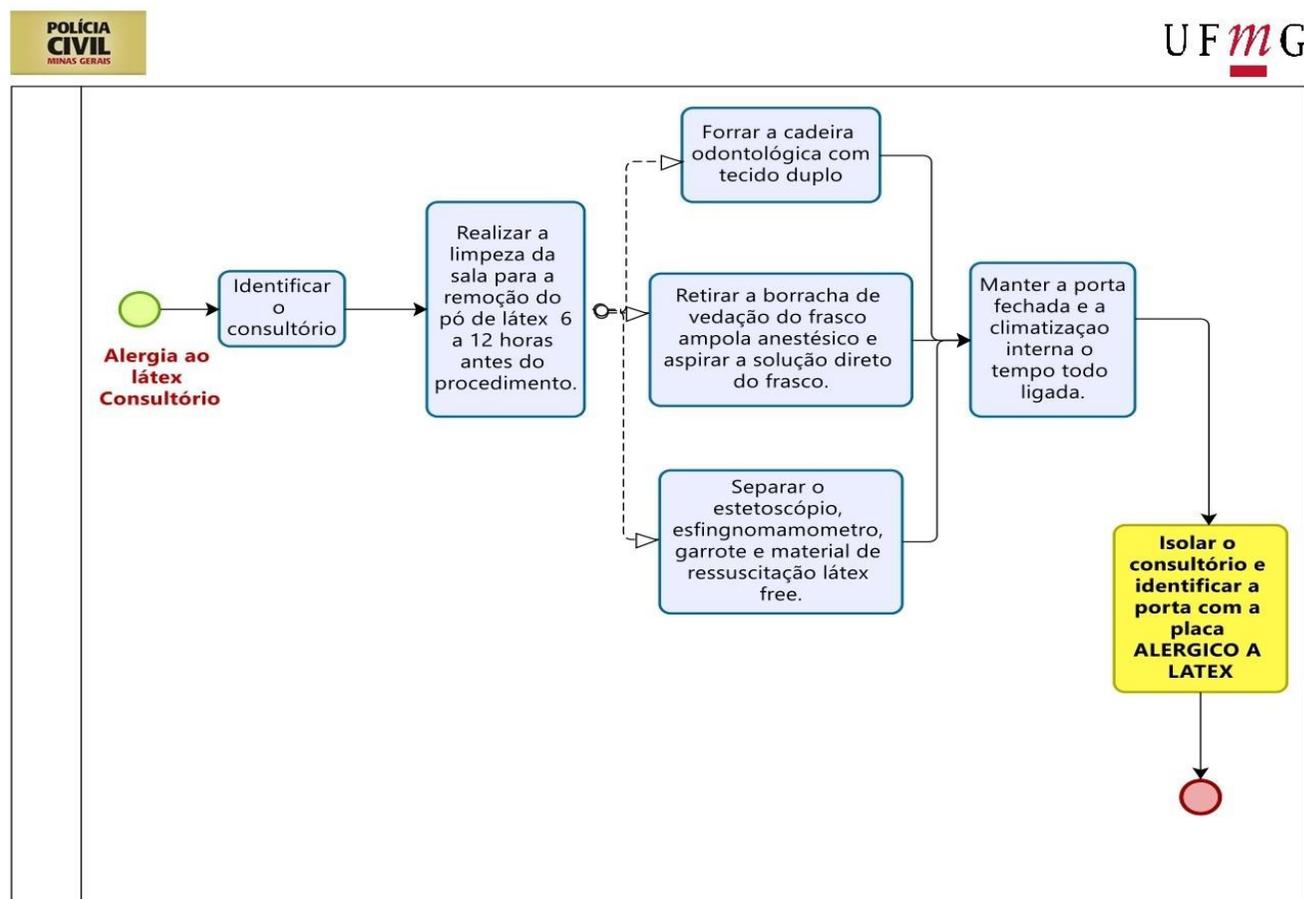
Figura 2 – Algoritmo para procedimentos em caso de ocorrência de acidente envolvendo material biológico de risco no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

5.4.2 Algoritmo para procedimentos de preparação do consultório em caso de pacientes alérgicos ao látex no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024

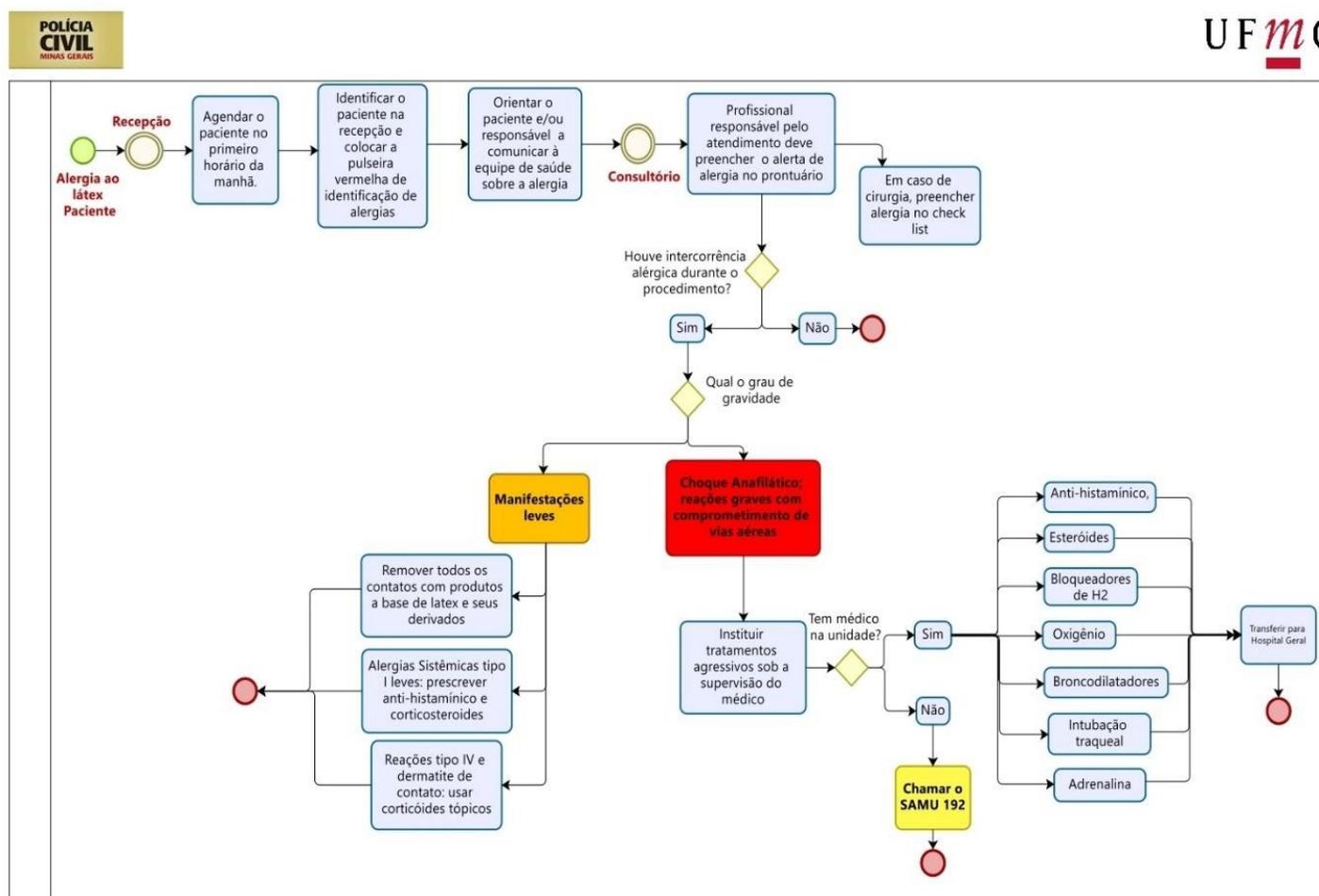
Figura 3 – Algoritmo para procedimentos de preparação do consultório em caso de pacientes alérgicos ao látex no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

5.4.3 Algoritmo para orientações relativas ao atendimento de pacientes alérgicos ao látex no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024

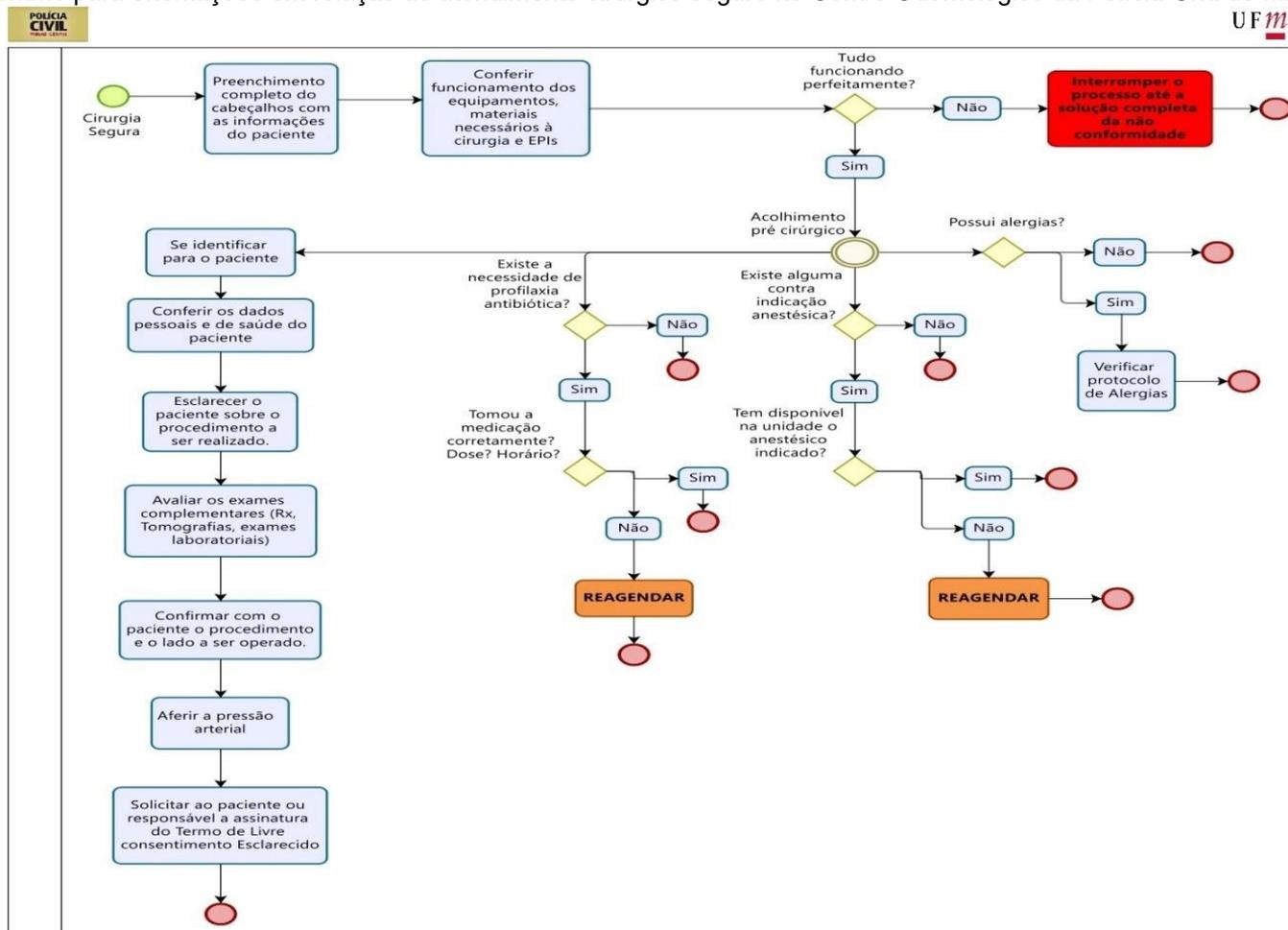
Figura 4 – Algoritmo para orientações relativas ao atendimento de pacientes alérgicos ao látex no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

5.4.4 Algoritmo para orientações em relação ao atendimento cirúrgico seguro no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024

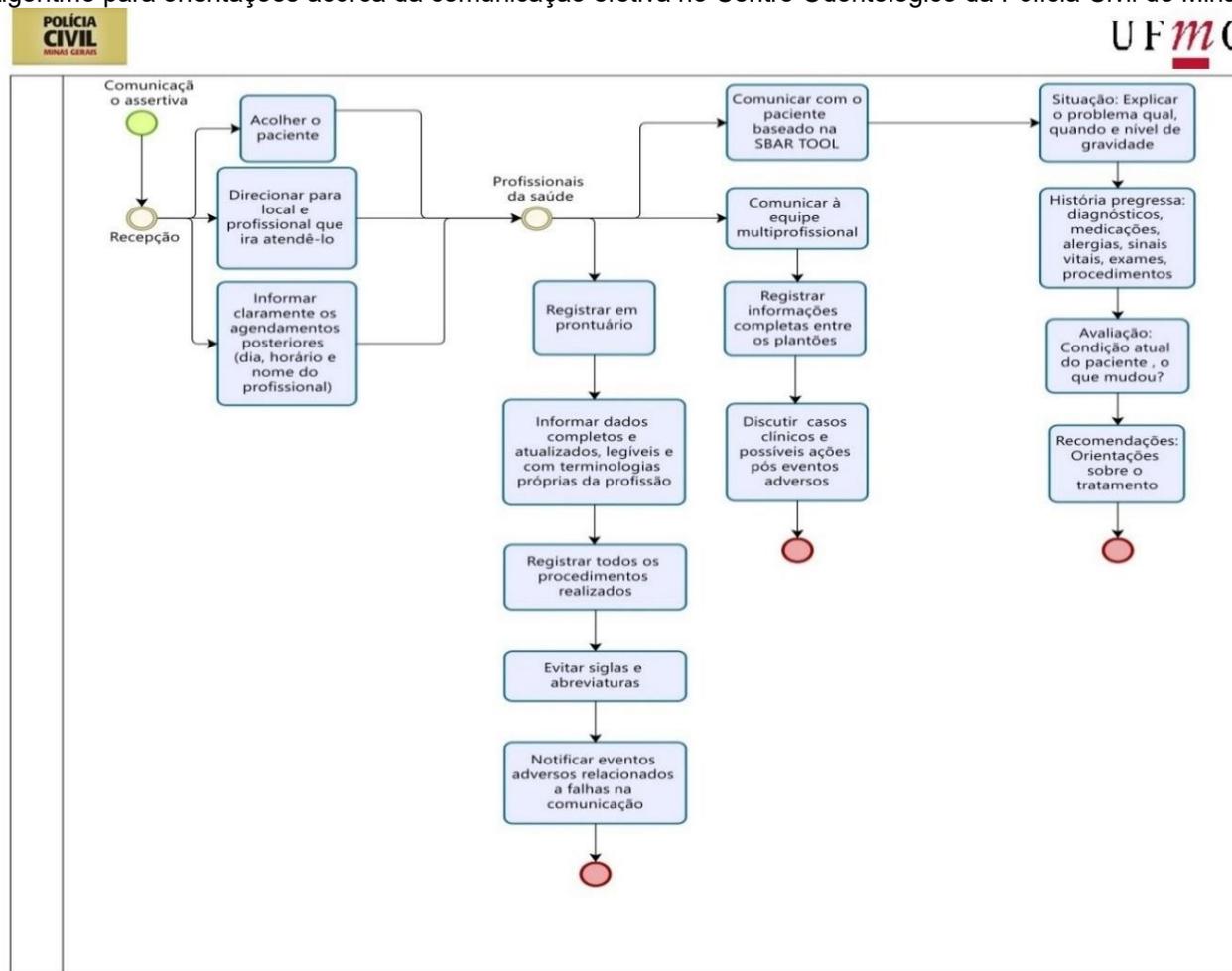
Figura 5 – Algoritmo para orientações em relação ao atendimento cirúrgico seguro no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

5.4.5 Algoritmo para orientações acerca da comunicação efetiva no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024

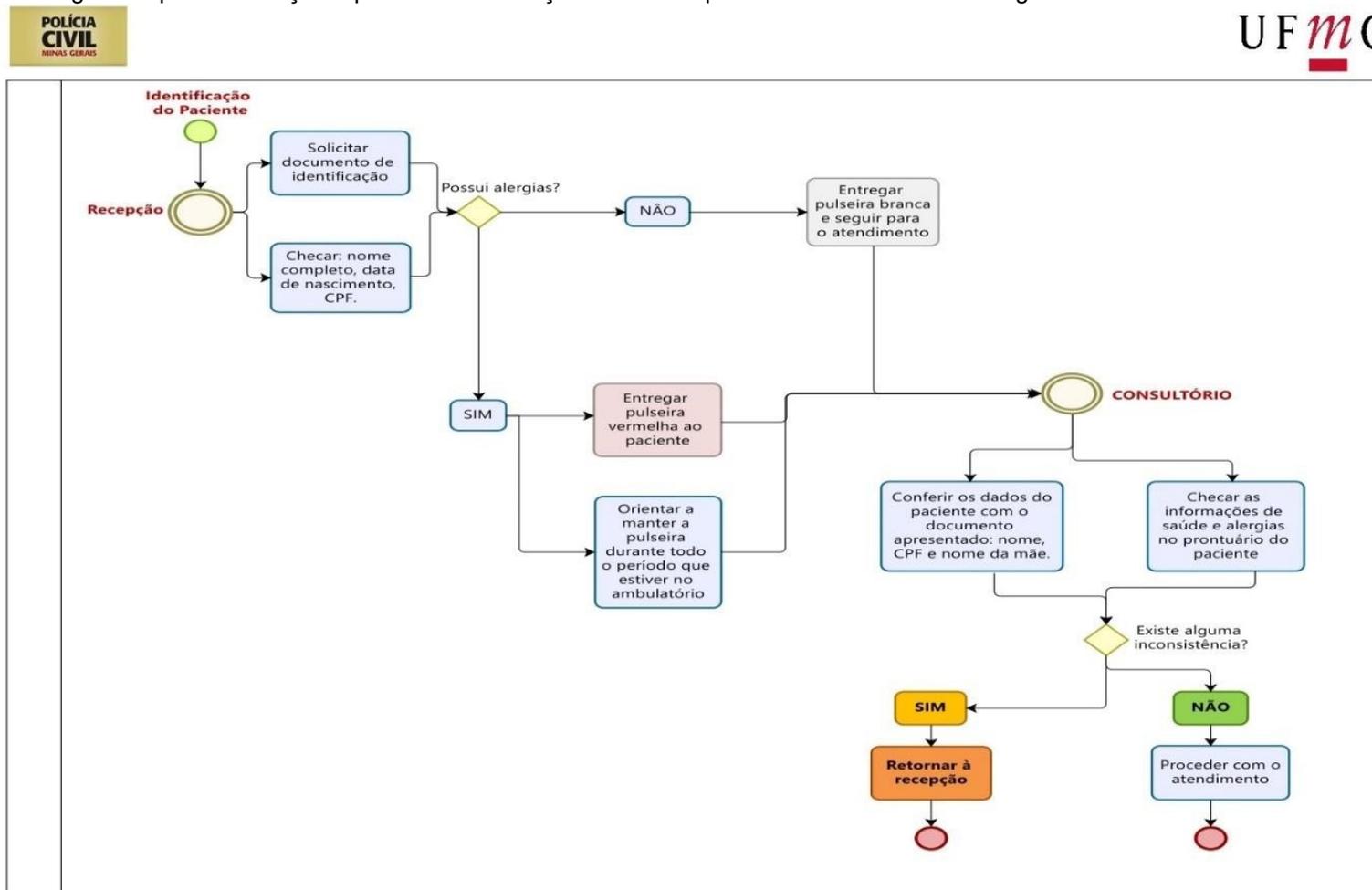
Figura 6 – Algoritmo para orientações acerca da comunicação efetiva no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

5.4.6 Algoritmo para orientações quanto à identificação correta do paciente no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024

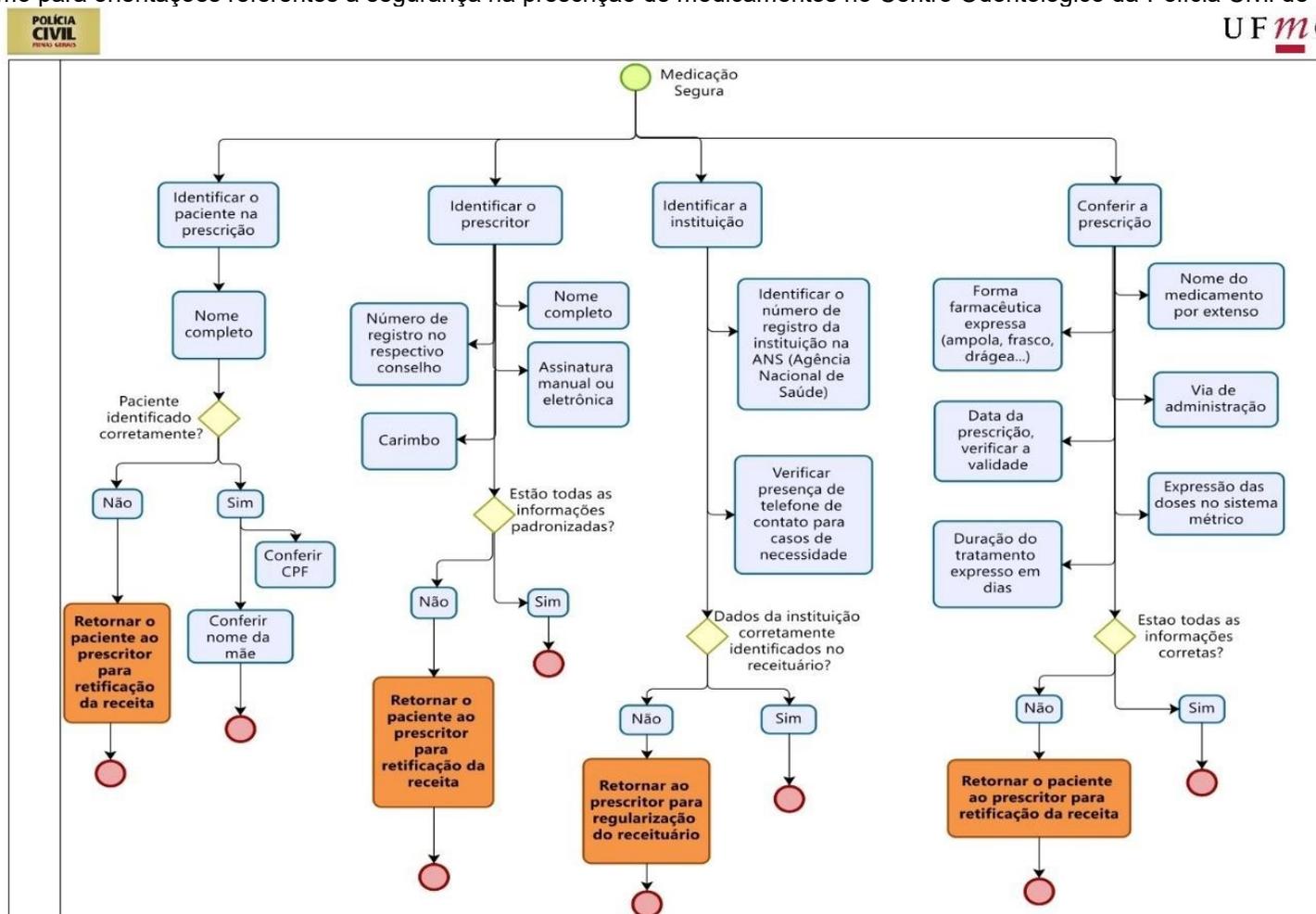
Figura 7 – Algoritmo para orientações quanto à identificação correta do paciente no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

5.4.7 Algoritmo para orientações referentes à segurança na prescrição de medicamentos no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024

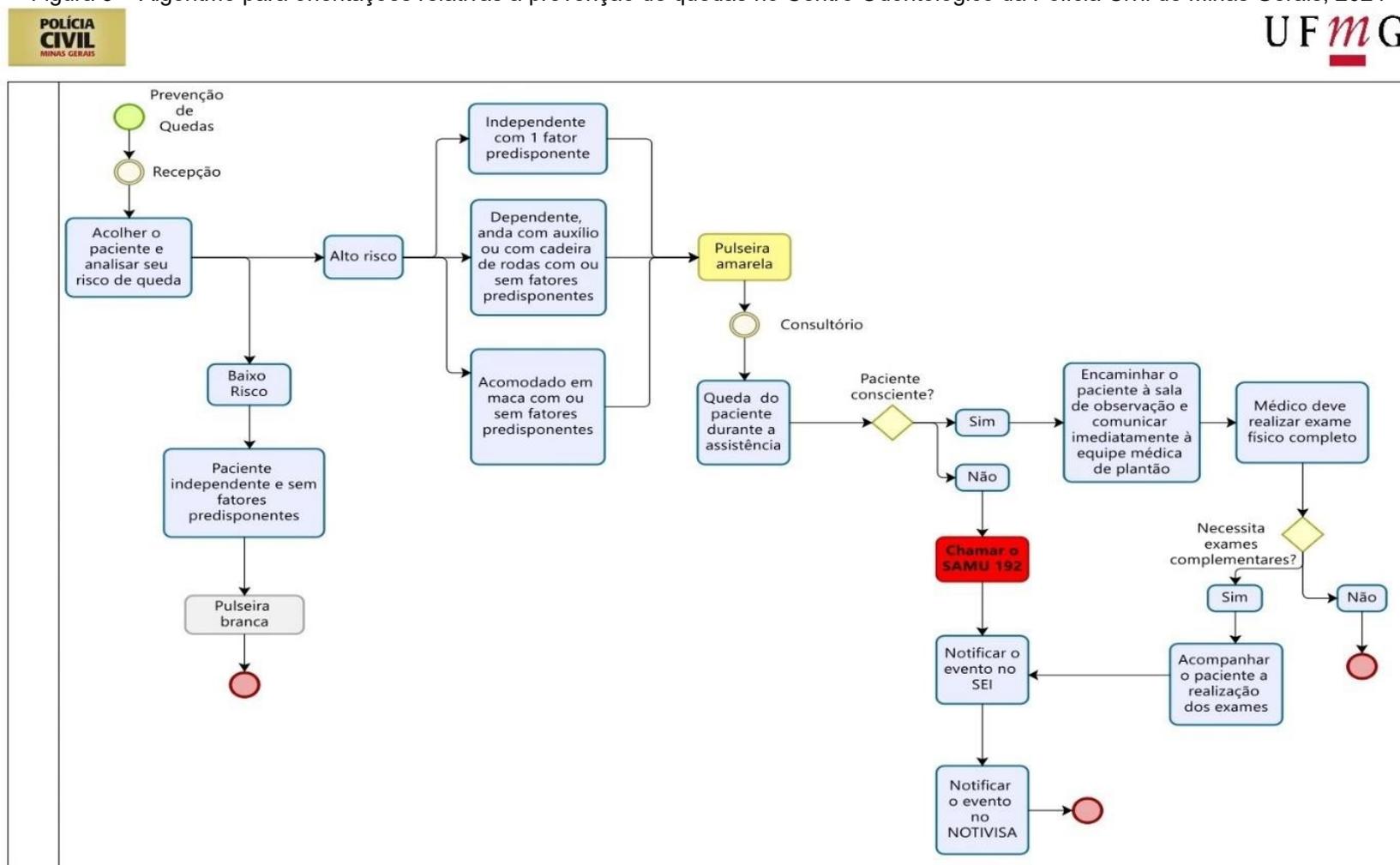
Figura 8 – Algoritmo para orientações referentes à segurança na prescrição de medicamentos no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

5.4.8 Algoritmo para orientações relativas à prevenção de quedas no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024

Figura 9 – Algoritmo para orientações relativas à prevenção de quedas no Centro Odontológico da Polícia Civil de Minas Gerais, 2024



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de realizar o mestrado profissional e abordar um estudo que envolvesse a segurança do paciente surgiu após a exigência, por parte dos órgãos reguladores, da instituição do núcleo de segurança do paciente em clínicas odontológicas públicas e privadas.

Como referência técnica, fui parte integrante da equipe multiprofissional responsável pela elaboração e implantação do núcleo de segurança do paciente em um dos meus locais de trabalho.

O aprofundamento no estudo do tema me fez confrontar a realidade de que nós, cirurgiões dentistas, desconhecemos a amplitude do contexto em que a Segurança do Paciente está inserida.

A odontologia, apesar de toda sua evolução, ainda se mantém fragmentada e pouco inserida efetivamente nas equipes multiprofissionais. Consequência, muitas vezes, da sua atuação solitária e possível causa da sua privação de entendimento em práticas seguras.

A relevância do tema e a necessidade, por parte dos serviços e dos próprios pacientes, por atendimentos cada vez mais seguros, de qualidade, eficazes e sustentáveis, me motivou a pesquisar o conhecimento da equipe multiprofissional odontológica em relação à segurança do paciente nos serviços de saúde.

A ideia de realizar o diagnóstico em um serviço que ainda não dispunha de um núcleo de segurança do paciente, a despeito da normatização, foi o propulsor da minha dedicação e empenho no estudo.

A hipótese inicial do desconhecimento sobre o tema foi parcialmente elucidada, quando nos resultados do estudo, algumas variáveis configuraram fator de confusão nas respostas apresentadas pelos entrevistados. O diagnóstico de uma cultura punitiva encontrado não condizia com o relato dos respondentes de comunicação eficaz e relacionamento aberto com a gestão. Além disso, praticamente não houve notificação nos últimos 12 meses, mesmo assim, os entrevistados responderam aprender com os erros.

Essa dicotomia me fez refletir sobre a falta de clareza em relação aos conceitos de segurança e a necessidade de se difundir o conhecimento sobre o assunto para os profissionais envolvidos no atendimento odontológico. Vi nesse

trabalho a oportunidade de multiplicar o conhecimento a fim de promover saúde e segurança.

Surgiu assim a ideia de um produto técnico que pudesse inserir o tema nas instituições de forma prática. De maneira que os profissionais vivenciassem as diversas situações sobre a temática através de exemplos da sua rotina, viabilizando desenvolvimento de habilidades de tomada de decisão, trabalho em equipe, comunicação assertiva, cultura justa e do cuidado centrado no paciente.

O desenvolvimento dessas habilidades permite uma visão sistemática do cuidado, amplia horizontes e organiza os serviços de saúde. Traz benefícios não apenas para qualidade do cuidado, mas também para saúde do paciente, do trabalhador e na sustentabilidade das instituições. Resulta em menor índice de eventos adversos e danos aos pacientes além de transformar o ambiente de trabalho em um ambiente respeitoso, com divisão justa de tarefas e menor custo assistencial.

Acredito que esse trabalho, além de uma realização pessoal tem muito a contribuir para o serviço, para a sociedade e para os profissionais da odontologia, através da construção permanente do conhecimento.

REFERÊNCIAS

- ABREU, H. C. A. *et al.* Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 37, p. 1-9, jun. 2015.
- AL SWELEH, F. S.; AL SAEDAN, A. M.; AL DAYEL, O. A. Patient safety culture perceptions in the college of dentistry. **Medicine**, Baltimore, v. 97, n. 2, p. 1-5, jan. 2018.
- ALQATTAN, H.; CLELAND, J.; MORRISON, Z. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, Tayba, v. 13, n. 3, p. 272-280, jun. 2018.
- AL-SURIMI, K.; ALAYADI, H.; SALAM, M. Female dental students' perceptions of patient safety culture: a cross sectional study at a middle eastern setting. **BMC Medical Education**, Londres, v. 18, n. 1, p. 1-10, dez. 2018.
- ALVES, M. F. T.; CARVALHO, D. S.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2895-2908, ago. 2019.
- ANDRADE, L. E. L. *et al.* Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 26, n. 3, p. 455-468, set. 2017.
- ARANAZ-ANDRÉS, J. M. *et al.* Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican Study of Adverse Events' (IBEAS). **BMJ Quality & Safety**, Londres, v. 20, n. 12, p. 1043-1051, dez. 2011.
- ARAÚJO, C. S. *et al.* Reflexões sobre a tecnologia na saúde: intersecção entre tecnologia e cuidados de saúde. **Revista Amor Mundi**, Santo Ângelo, v. 5, n. 1, p. 121-129, fev. 2024.
- AVERY, A. J. *et al.* Incidence, nature and causes of avoidable significant harm in primary care in England: retrospective case note review. **BMJ Quality & Safety**, Londres, v. 30, n. 12, p. 961-976, dez. 2021.
- BAILEY, E.; DUNGARWALLA, M. Developing a Patient Safety Culture in Primary Dental Care. **Primary Dental Journal**, Londres, v. 10, n. 1, p. 89-95, mar. 2021.
- BARATTO, M. A. M. *et al.* Cultura de segurança do paciente: perspectiva de trabalhadores da saúde e apoio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 1-8, jan. 2021.
- BOHOMOL, E.; MELO, E. F. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 132-138, set. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 23 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**. Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, janeiro a dezembro de 2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/relatorios-atuais-de-eventos-adversos-dos-estados/brasil>. Acesso em: 23 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**. Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, janeiro a dezembro de 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2023/brasil>. Acesso em: 23 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 23 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 774, de 13 de abril de 2017**. Define normas para o cadastramento dos Núcleos de Segurança do Paciente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0774_19_04_2017.html. Acesso em: 23 ago. 2024.

CAMPELO, C. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 1-8, jan. 2021.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Elaboração do plano de ação: planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

CARRERA, S. A. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 1-4, fev. 2012.

CARVALHO, C. O. M. *et al.* Qualidade em saúde: conceitos, desafios e perspectivas. **Brazilian Journal Nephrology**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 216-222, dez. 2004.

CARVALHO, P. A. *et al.* Cultura de segurança na percepção dos profissionais de saúde de hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 1, p. 1-11, ago. 2021.

CAVALCANTE, E. F. O. *et al.* Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 1-10, out. 2019.

CHANTLER, C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. **The Lancet**, Londres, v. 353, n. 9159, p. 1178-1181, abr. 1999.

CHENG, H.; YEN, A. M.; LEE, Y. Factors affecting patient safety culture among dental healthcare workers: A nationwide cross-sectional survey. **Journal of Dental Sciences**, Taipei, v. 14, n. 3, p. 263-268, set. 2019.

COLLA, J. B. *et al.* Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality & Safety in Health Care**, Londres, v. 14, n. 5, p. 364-366, out. 2005.

COOPER, M. D. Towards a model of safety culture. **Safety Science**, Amsterdam, v. 36, n. 2, p. 111-136, nov. 2000.

CORRÊA, C. D. T. S. O.; SOUSA, P.; REIS, C. T. Segurança do paciente no cuidado odontológico: revisão integrativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 10, p. 1-24, jun. 2020.

CORTE-REAL, A. *et al.* Patient safety in dental practice: lessons to learn about the risks and limits of professional liability. **International Dental Journal**, Londres, v. 71, n. 5, p. 378-383, out. 2021.

COSTA, D. B. *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, p. 1-9, out. 2018.

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

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Baltimore, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, nov. 1990.

DRAGANOVIĆ, Š.; OFFERMANN, G. Patient safety culture in Austria and recommendations of evidence-based instruments for improving patient safety. **Plos One**, São Francisco, v. 17, n. 10, p. 1-17, out. 2022.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 52, n. 1, p. 1-8, jul. 2018.

EHSANI, J. P.; DUCKETT, S. J.; JACKSON, T. The incidence and cost of cardiac surgery adverse events in Australian (Victorian) hospitals 2003-2004. **The European Journal of Health Economics**, Berlin, v. 8, n. 4, p. 339-346, dez. 2007.

ENSALDO-CARRASCO, E. *et al.* Patient safety incidents in primary care dentistry in england and wales: a mixed-methods study. **Journal of Patient Safety**, Filadélfia, v. 17, n. 8, p. 1383-1393, dez. 2021.

EUROPEAN COMISSION. **European charter of patients' rights**. Bruxelas: European Comission, 2002. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf. Acesso em: 23 ago. 2024.

FAMOLARO, T. *et al.* **Hospital survey on patient safety culture 2016: user comparative database report**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.

FASSI, C. F. *et al.* Patient safety culture perception among moroccan healthcare professionals: cross-sectional study in public hospitals. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, Jimma, v. 33, n. 2, p. 273-280, abr. 2023.

FLIN, R. *et al.* Measuring safety climate in healthcare. **Quality & Safety in Health Care**, Londres, v. 15, n. 2, p. 109-115, abr. 2006.

FREITAG, R. M. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? **Revista de Estudos da Linguagem**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 667-686, fev. 2018.

GAMA, Z. A. S.; SATURNO, P. J. A Segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. *In: Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília, DF: ANVISA, 2013. p. 29-40.

GARIGLIO, M. T. O. **O cuidado em saúde**. *In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – Atenção centrada na pessoa*. Belo Horizonte, ESPMG, 2012.

GERSHON, R. R. *et al.* Measurement of organizational culture and climate in healthcare. **The Journal of Nursing Administration**, Hagerstown, v. 34, n. 1, p. 33-40, jan. 2004.

GIRÃO, A. L. A.; *et al.* Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: percepção de profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 21, n. 1, p. 1-10, set. 2019.

GOMES, A. Q. F. **Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

GONZÁLEZ-ROMÁ, V.; PEIRO, J. M.; LLORET, S.; *et al.* The validity of collective climates. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, Londres, v. 72, n. 1, p. 25-40, jan. 1999.

HÅGENSEN, G. *et al.* The struggle against perceived negligence. A qualitative study of patients' experiences of adverse events in Norwegian hospitals. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 18, n. 1, p. 1-11, abr. 2018.

HALLIGAN, M., ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Quality & Safety**, Londres, v. 20, n. 4, p. 338-43, abr. 2011.

HANDLER, S. M. *et al.* Patient safety culture assessment in the nursing home. **Quality & Safety in Health Care**, Londres, v. 15, n. 6, p. 400-404, dez. 2006.

HOFMANN, D. A., MARK, B. An investigation of the relationship between safety climate and medication error as well as other nurse and patient outcomes. **Personnel Psychology**, Hoboken, v. 59, n. 4, p. 847-869, nov. 2006.

HUDSON, P. Applying the lessons of high risks industries to health care. **Quality & Safety in Health Care**, Londres, v. 12, n. 1, p. 7-12, dez. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. **Principais “never events” no Brasil segundo a Anvisa**. São Paulo: Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente, 2020. Disponível em: <https://ibsp.net.br/principais-never-events-no-brasil-segundo-a-anvisa/>. Acesso em: 23 ago. 2024.

ISMAIL, A.; KHALID, S. N. M. Patient safety culture and its determinants among healthcare professionals at a cluster hospital in Malaysia: a cross-sectional study. **BMJ Open**, Londres, v. 12, n. 8, p. 1-11, ago. 2022.

KALENDERIAN, E. *et al.* Classifying Adverse Events in the Dental Office. **Journal of Patient Safety**, Filadélfia, v. 17, n. 6, p. 540-55, set. 2021.

KALENDERIAN, E. *et al.* Feasibility of Electronic Health Record–Based Triggers in Detecting Dental Adverse Events. **Applied Clinical Informatics**, Hölderlinstr, v. 9, n. 3, p. 646-653, jul. 2018.

KAPLAN, R. M.; MILSTEIN, A. Contributions of health care to longevity: a review of 4 estimation methods. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 17, n. 3: p. 267-272, maio 2019.

KATZ-NAVON, T.; NAVEH, E.; STERN, Z. Safety climate in health care organizations: a multidimensional approach. **Academy of Management Journal**, Nova Iorque, v. 48, n. 6, p. 1075-1089, jun. 2005.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press; 1999.

LOPEZ, E. C. M. S. *et al.* Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de Hospitais de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 1-9, fev. 2020.

LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R.; BAO, A. C. P. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 121-127, jun. 2014.

LORENZINI, L. *et al.* Emergency team competencies: scoping review for the development of a tool to support the briefing and debriefing activities of emergency healthcare providers. **Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care**, Londres, v. 3, n. 1, p. 24-28, jul. 2023.

MARAMALDI, P. *et al.* How dental team members describe adverse events. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 147, n. 10, p. 803-811, out. 2016.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 279-84, ago. 2009.

MRAYYAN, M. T. Predictors and outcomes of patient safety culture: a cross-sectional comparative study. **BMJ Open Quality**, Londres, v. 11, n. 3, p. 1-12, jul. 2022.

NASCIMENTO, A. Segurança do paciente e cultura de segurança: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3591-3602, ago. 2011.

NASCIMENTO, J. C.; DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. **História da Enfermagem**, Salvador, v. 6, n. 2, p. 299-309, fev. 2015.

NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academies Press, 2000.

NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: National Academy Press; 2001.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Safe Practices for Better Healthcare**. Washington: National Quality Forum, 2010. Disponível em: https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Health_care_-_2010_Update.aspx. Acesso em: 23 ago. 2024.

NIEVA, V. F., SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality & Safety in Health Care**, Londres, v. 12, n. 2, p. 17-23, dez. 2003.

NOVARETTI, M. C. Z. *et al.* Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 5, p. 692-699, set. 2014.

OBADAN, E. M.; RAMONI, R. B. Lessons learned from dental patient safety case reports. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 146, n. 5, p. 318-326, maio 2015.

OKUYAMA, J. H. H. *et al.* Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 137, n. 3, p. 216-222, maio 2019.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, jan. 2014.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality**, OECD reviews of health care quality. Paris: OECD Publishing, 2017.

PAESE, F., DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, jun. 2013.

PEDREIRA, M. L. G. O erro humano do sistema de saúde. In: **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Paulo: Yendis, 2009. p. 23-31.

PEREA-PÉREZ, B. *et al.* Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valencia, v. 19, n. 5, p. 500-505, set. 2014.

PEREA-PÉREZ, B. *et al.* Eleven Basic Procedures/Practices for Dental Patient Safety. **Journal of Patient Safety**, Filadélfia, v. 16, n. 1, p. 36-40, mar. 2020.

QUINTO NETO, A. **Processo de acreditação: a busca da qualidade nas organizações de saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

RAIMONDI, D. C. *et al.* Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 1-9, jan. 2019.

REIS, C. T. *et al.* Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 23, n. 1, p. 1-12, jan. 2023.

REIS, C. T. *et al.* Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 1-13, nov. 2016.

REIS, C. T., MARTINS, M., LANGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 7, p. 2029-36, jul. 2013.

RIGOBELLO, M. C. G. *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, maio 2012.

ROBB, G., SEDDON, M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? **The New Zealand Medical Journal**, Wellington, v. 123, n. 1313, p. 66-76, maio 2010.

RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 18-26, fev. 2009.

SANTOS, C. M. P. *et al.* Cultura de segurança do paciente: perspectiva de profissionais da saúde. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 13, n. 1, p. 1-11, ago. 2019.

SILVA, A. E. B. C. *et al.* Evaluation of the patient safety climate in hospitalization units: a cross-sectional study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 1-8, fev. 2019.

SILVA, R. A cultura de saúde e segurança do trabalho nas organizações: Uma análise crítica da sua importância. **InterfacEHS – Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-20, jul. 2019.

SILVA, V. C. *et al.* Instrumentos de avaliação de segurança do paciente nos serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 17210-17225, nov. 2020.

SINGLA, A. K. *et al.* Assessing patient safety culture: A review and synthesis of the measurement tools. **Journal Patient Safety**, Filadélfia, v. 2, n. 3, p. 105-115, set. 2006.

SORRA, J., DYER, N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 10, n. 1, p. 1-13, jul. 2010.

THUSU, S.; PANESAR, S.; BEDI, R. Patient safety in dentistry – state of play as revealed by a national database of errors. **British Dental Journal**, Londres, v. 213, n. 3, p. 1-8, ago. 2012.

TOBIAS, G. C. *et al.* Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. **Enfermería Global**, Murcia, v. 33, n. 1, p.1-13, jan. 2014.

TOSO, G. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. 1-8, abr. 2016.

UNITED KINGDOM. Health and Safety Executive. **The Health and Safety (Fees) Regulations**. Londres: United Kingdom, 1993. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/ukksi/1993/1321/made>. Acesso em: 23 ago. 2024.

VAN SMEDEN; M. *et al.* Clinical prediction models: diagnosis versus prognosis. **Journal of Clinical Epidemiology**, Amsterdam, v. 132, n. 1, p. 142-145, abr. 2021.

VENTURA, P. F. E. V.; SILVA, D. M.; ALVES, M. Organizational culture in nursing work: influences in adherence to quality and safety practices. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 1-9, out. 2020.

VINCENT, C.; BURNETT, S.; CARTHEY, J. **The measurement and monitoring of safety**: drawing together academic evidence and practical experience to produce a framework for safety measurement and monitoring. London: Health Foundation, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fifty-fifth World health assembly**. Resolutions and decisions annexes. Genebra: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259364/WHA55-2002-REC1-eng.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030**: towards eliminating avoidable harm in health care. Genebra: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Organisation for Economic Co-operation and Development & International Bank for Reconstruction and Development. Delivering quality health services**: a global imperative for universal health coverage. Genebra: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety**. Genebra: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Acesso em: 23 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems**: from information to action. Genebra: World Health Organization, 2005.

YAMALIK, N.; PEREA-PÉREZ, B. Patient safety and dentistry: what do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. **International Dental Journal**, Londres, v. 62, n. 4, p. 189-196, ago. 2012.

YANSANE, A. *et al.* Assessing the Patient Safety Culture in Dentistry. **JDR Clinical & Translational Research**, Thousand Oaks, v. 5, n. 4, p. 399-408, out. 2020.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE

Título da Pesquisa: DIAGNOSTICO SITUACIONAL RELACIONADO A SEGURANCA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE BELO HORIZONTE-MG

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: DIAGNOSTICO SITUACIONAL RELACIONADO A SEGURANCA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE BELO HORIZONTE-MG.

Este estudo tem como objetivo: Realizar o diagnóstico situacional relacionado ao conhecimento e aplicação do protocolo de segurança do paciente pela equipe multidisciplinar do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais (HPC). Esta pesquisa respeitará todas as exigências das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Convidamos o (a)senhor (a) a responder o questionário que levará aproximadamente 15 minutos. Este procedimento pode trazer riscos como: constrangimento, tempo tomado para responder o questionário. Diante disso, serão tomadas medidas para minimizar os possíveis danos, para evitar incômodo e constrangimento, os questionários serão aplicados em espaço reservado, arejado e silencioso e o mais rapidamente possível. O senhor poderá ter como benefício o conhecimento do estágio atual de boas práticas em Segurança do Paciente no Hospital da Policia Civil, que servira de base para um treinamento a ser realizado sobre o Protocolo de Segurança do Paciente preconizado pela OMS e a produção de um Algoritmo para Tomada de Decisão de Segurança disponibilizado para utilização das equipes. Esses instrumentos permitirão um atendimento de qualidade e segurança para os usuários, bem como, reduzir a possibilidade de intercorrências no atendimento. A sua participação neste estudo é completamente voluntária e será garantido o seu anonimato, o (a) senhor (a) não será identificado (a) pelo nome de nenhuma maneira em nenhum dos documentos que forem produzidos por este estudo. Os resultados deste estudo serão apresentados apenas de forma agregada e nenhuma característica de identificação de qualquer participante constará na descrição dos resultados. Você não receberá nenhuma gratificação para participar deste estudo. A qualquer momento, o senhor (a) pode retirar o consentimento ou desistir de participar da pesquisa, o (a) senhor (a) não será prejudicado (a) de qualquer forma caso não queira participar da pesquisa.

Não Haverá despesas ou compensações pessoais para nenhum participante em qualquer fase do estudo. Se existir qualquer despesa adicional, esta será absorvida pelo pesquisador responsável. Em caso de danos provenientes da pesquisa o senhor poderá buscar indenização nos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Não existe outra forma de obter dados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso do que o usado nesta pesquisa. As informações obtidas nesta pesquisa serão armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas

os pesquisadores responsáveis. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados deste estudo serão apresentados em eventos e artigos científicos. Se quiser mais informações sobre este trabalho, por favor, ligue ou fale pessoalmente com o pesquisador responsável pela pesquisa, Carlos José de Paula Silva, pelo telefone 031-98851-3730 ou pelo e-mail case.odo@gmail.com. Você poderá consultar o COEP/UFMG para esclarecer dúvidas sobre aspectos éticos do projeto. O endereço, telefones e-mail para contato são: Comitê de Ética na Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6.627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, CEP: 31270-901 ou pelo telefone: (31) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br

Eu li e entendi as informações acima. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Este termo segue em duas vias, conforme a CNS 466/2012 e receberei uma via assinada deste consentimento.

Dados do voluntário da pesquisa:

Nome completo:

RG:

Fone:

E-mail:

Assinatura:

Cidade, data:

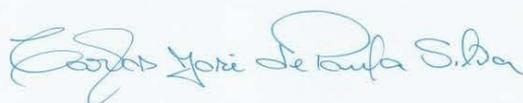
Dados do Pesquisador responsável:

Nome completo: Carlos José de Paula Silva

RG: M5 568157

Fone: 31 988513730

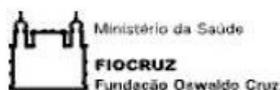
E-mail: case.odo@gmail.com



Assinatura:

Cidade, data:

ANEXO A – Questionário para avaliação da cultura de segurança do paciente (FIOCRUZ)



Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

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

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

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

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

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

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

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	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementamos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

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

SEÇÃO C: Comunicação

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

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

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

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	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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:

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

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

**ANEXO B – Aprovação do CEP/UFMG (CAAE-74484423.0.0000.5149/PARECER
Nº 6.471.369)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL RELACIONADO A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE BELO HORIZONTE, MG

Pesquisador: Carlos José de Paula Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74484423.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.471.369

Apresentação do Projeto:

Resumo apresentado pelo pesquisador:

A ampliação do acesso aos serviços de saúde, a difusão da informação e os avanços tecnológicos resultaram em transformações importantes para os sistemas de cuidados de saúde modernos, tornando prioritária a preocupação com a segurança do paciente e estimulando a melhoria dos processos de cuidado. A cultura de segurança abrange ações, competências e comportamentos que implicam diretamente na qualidade assistencial

em diferentes níveis e reforça a importância da avaliação da cultura e o clima de segurança de uma instituição de saúde. Nesse contexto, o presente projeto de pesquisa pretende realizar o diagnóstico situacional relacionado ao conhecimento e aplicação do protocolo de segurança do paciente pela equipe multidisciplinar do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais (HPC). Além disso, almeja-se avaliar o conhecimento da equipe multidisciplinar sobre a dimensão da qualidade e segurança do paciente necessários para um atendimento seguro; estudar a influência da cultura de segurança na efetividade das ações de segurança e nas notificações de eventos adversos; e identificar problemas estruturais, comportamentais e de rotina relativos à não aplicação do protocolo de segurança do paciente no HPC. Para tanto, um projeto será inicialmente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HPC. Em

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
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: 6.471.369

caso de aprovação, a pesquisa será conduzida com os cirurgiões dentistas que prestam serviço odontológico no HPC. A coleta de dados será realizada no primeiro semestre de 2023 por meio do software em versão brasileira do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture. Os dados coletados serão exportados para análise subsequente no software Statistical Package for the Social Sciences 15.0 para Windows. Para avaliar diferenças estatísticas e associação entre os dados será utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. Os valores de $p < 0,05$ serão considerados estatisticamente significativos. Após coleta e tratamento, os dados servirão para à construção do diagnóstico situacional sobre o clima de segurança e a segurança do paciente no HPC. Com base no diagnóstico situacional, serão propostas medidas para a resolução dos problemas e falhas encontrados. Além disso, pretende-se gerar, como produto técnico, um jogo utilizando a estratégia de aprendizado baseado no problema para utilização dos cirurgiões dentistas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar o diagnóstico situacional relacionado ao conhecimento e aplicação do protocolo de segurança do paciente pela equipe multidisciplinar do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais (HPC).

Objetivo Secundário:

- Avaliar o conhecimento da equipe multidisciplinar do Hospital da Polícia Civil sobre a dimensão da qualidade e segurança do paciente necessários para um atendimento seguro;
- Identificar como a cultura de segurança no Hospital da Polícia Civil afeta a efetividade das ações de segurança e as notificações de eventos adversos;
- Identificar problemas estruturais, comportamentais e de rotina relativos à não aplicação do protocolo de segurança do paciente no Hospital da Polícia Civil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha
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: 6.471.369

Este procedimento pode trazer riscos como: constrangimento e tempo tomado para responder o questionário.

Benefícios:

Conhecimento do estágio atual de boas práticas em Segurança do Paciente no Hospital da Polícia Civil, que servira de base para um treinamento a ser realizado sobre o Protocolo de Segurança do Paciente preconizado pela OMS e a produção de um Algoritmo para Tomada de Decisão de Segurança disponibilizado para utilização das equipes. Esses instrumentos permitirão um atendimento de qualidade e segurança para os usuários, bem como, reduzir a possibilidade de intercorrências no atendimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo a ser realizado no Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais (HPC), localizado no município de Belo Horizonte, onde 168 profissionais (dentistas, auxiliares de consultório dentário, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos, assistente social, técnico em radiologia e médicos de diferentes especialidades) atuam na atenção primária em saúde executando procedimentos clínicos eletivos e de urgência. Os participantes do estudo serão os profissionais da equipe multidisciplinar que aceitarem participar do estudo e assinarem o TCLE.

A coleta de dados será realizada por meio de um software do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) (ANDRADE et al., 2017) (versão brasileira). O software registrado, é denominado 'Pesquisa sobre Segurança do paciente em Hospitais'.

As respostas ao questionário obedecem a uma escala de Likert de 1 a 5, englobando as opções: discordo totalmente; discordo; nem concordo, nem discordo; concordo; e concordo totalmente; ou nunca; quase nunca; às vezes; quase sempre; e sempre. Serão coletadas informações pessoais como sexo, idade e tempo de profissão dos respondentes.

O software viabiliza o envio do instrumento ao endereço eletrônico do participante previamente cadastrado para a coleta de dados. O participante recebe uma carta de apresentação da pesquisa e TCLE. Cada questionário será reconhecido por um identificador único, o que possibilita o sigilo do respondente.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
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: 6.471.369

O estudo pretende com base nas informações realizar um diagnóstico situacional do HPC no que diz respeito ao clima de segurança e a segurança do paciente. A partir do diagnóstico situacional, serão propostas medidas para a resolução dos problemas, caso sejam encontrados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados a plataforma.

Recomendações:

Inserir a numeração nas páginas no TCLE; bem como o campo para as rubricas do pesquisador e participante da pesquisa.

Sugiro que no item 'Hipótese', onde se lê:

"Apesar de haver, na literatura científica, diversos trabalhos publicados com esta temática, é escasso o número de estudos envolvendo, exclusivamente, a percepção cirurgiões dentistas sobre a segurança dos pacientes em hospitais".

O parágrafo possa ser reformulado, visto que a pesquisa tem por objetivo:

Realizar o diagnóstico situacional relacionado ao conhecimento e aplicação do protocolo de segurança do paciente pela equipe multidisciplinar do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais (HPC)

e não se restringe apenas aos cirurgiões dentistas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-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).

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
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: 6.471.369

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2219259.pdf	26/09/2023 10:00:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/09/2023 09:59:45	Carlos José de Paula Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	25/09/2023 22:36:19	Carlos José de Paula Silva	Aceito
Outros	PARECER_CONSUBSTANCIADO_DEPARTAMENTO_POS.pdf	25/09/2023 22:32:53	Carlos José de Paula Silva	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_HSOPSC.pdf	25/09/2023 22:27:54	Carlos José de Paula Silva	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_POLICIA_CIVIL_MG.pdf	25/09/2023 22:25:00	Carlos José de Paula Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	25/09/2023 22:23:01	Carlos José de Paula Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 30 de Outubro de 2023

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
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 – Carta de anuência para autorização da pesquisa

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada DIAGNOSTICO SITUACIONAL RELACIONADO A SEGURANCA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE BELO HORIZONTE a ser realizada no HOSPITAL DA POLÍCIA CIVIL DE MINAS GERAIS, pela aluna de pós-graduação Camilla Rossi Perácio, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Jose de Paula Silva, com o(s) seguinte(s) objetivo (s): avaliar o conhecimento da equipe multidisciplinar do Hospital da Policia Civil sobre os protocolos em segurança do paciente necessários para um atendimento seguro; identificar como a cultura de segurança no Hospital da Policia Civil afeta a efetividade das ações de segurança e as notificações de eventos adversos; identificar problemas estruturais e de rotina relativos a não aplicação do protocolo de segurança do paciente no Hospital da Polícia Civil, a fim de criar um algoritmo de segurança a ser utilizados nos atendimentos do Hospital, necessitando, portanto, ter acesso a equipe multidisciplinar, a qual será aplicado um questionário a respeito do conhecimento da equipe em relação ao protocolo de segurança do paciente preconizado pela OMS e como a cultura e o clima de segurança e disseminado através das equipes de saúde no Hospital.

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como futuras publicações em eventos e periódicos científicos.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466 /12 do Conselho Nacional de Saúde.

Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo

OU serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, para utilização em pesquisas futuras.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria/Coordenação/Chefia, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Belo Horizonte, 31 de julho de 2023

Carlos Jose de Paula Silva
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto

Concordamos com a solicitação
 Não concordamos com a solicitação



Renata Dias Aguilar
Diretora Odontológica do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais

Renata Dias Aguilar
CRO-MG 30959 / Masp 1359068-2
Hospital da Policia Civil - MG
Diretora Odontológica

ANEXO D – Comprovante de submissão do artigo

13.06.24, 08:23

ScholarOne Manuscripts

 **Ciência & Saúde Coletiva**[# Home](#)[✎ Author](#)[🗨 Review](#)

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2024-1001

Title

Diagnóstico situacional relacionado a segurança do paciente no Centro Odontológico do Hospital da Polícia Civil de Minas Gerais em Belo Horizonte

Authors

Peracio, Camilla

Vargas-Ferreira, Fabiana

Travassos, Denise

Silva, Carlos

Date Submitted

13-Jun-2024

[Author Dashboard](#)