

Diene Inês Carvalho Moretão

A cultura de segurança do paciente em unidades  
cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde

Belo Horizonte  
Escola de Enfermagem da UFMG  
2019

Diene Inês Carvalho Moretão

**A cultura de segurança do paciente em unidades  
cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e enfermagem

Linha de pesquisa: Organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marília Alves

Belo Horizonte  
Escola de Enfermagem da UFMG  
2019

Escola de Enfermagem da UFMG  
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889  
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



UFMG  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE MINAS GERAIS

**ATA DE NÚMERO 593 (QUINHENTOS E NOVENTA E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA DIENE INÊS CARVALHO MORETÃO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de fevereiro de dois mil e dezenove, às 16:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE*", da aluna **Diene Inês Carvalho Moretão**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Marília Alves (orientadora), Alexandre de Pádua Carrieri e Bruna Figueiredo Manzo, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;  
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2019.

Profª Drª. Marília Alves  
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri  
(FACE/UFMG)

Profª. Drª Bruna Figueiredo Manzo  
(EEUFMG)

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 11.03.2019

Profª. Dra. Kênia Lara Silva  
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem da UFMG

Escola de Enfermagem da UFMG  
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889  
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



**UFMG**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE MINAS GERAIS

### MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **DIENE INES CARVALHO MORETÃO**.

As modificações foram às seguintes:

*Modificação do título para  
"Cultura de Segurança do Paciente  
em Unidades Cirúrgicas de  
um Hospital de Ensino da Rede  
Pública de Saúde"*

**NOMES**

- Profª Drª. Marília Alves
- Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri
- Profª. Drª Bruna Figueiredo Manzo

**ASSINATURAS**

*Marília Alves*  
*Alexandre*  
*Bruna F. Manzo*

*Kenia Lara Silva*

Profa. Dra. Kenia Lara Silva  
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem da UFMG

**HOMOLOGADO** em reunião do CPC  
Em 11.03.2019

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

A **Deus**, o meu renovo!

Mas os que esperam no Senhor renovarão as suas forças,  
subirão com asas como águias;  
correrão, e não se cansarão;  
caminharão, e não se fatigarão.

Isaías 40:31

A minha filhota, **Giovanna**.

Você é a minha mestrinha,  
que me ensina a ser uma mãe melhor todos os dias.

## Agradecimentos

Se eu tivesse que me descrever em poucas palavras, diria que sou: mãe, esposa, filha, enfermeira com carga horária de 40 horas semanais, mulher com necessidades de pintar e escovar o cabelo, fazer as unhas e amante de viagens. E eis que no meio da trilha desta vida complexa e completa, resolvi atravessar um imenso rio durante 02 anos...

Confesso que ao pular no rio não tinha a noção do que encontrar na outra margem. Só sei que sonhava em chegar lá! Durante a travessia, passei inicialmente por águas rápidas com ondas e pedras pequenas, mas que logo nos primeiros 6 meses se transformaram em corredeiras com ondas moderadas e irregulares. Ao encontrar redemoinhos fortes, olhei para trás, mas já não pude enxergar a margem da qual eu havia saído meses atrás. O importante era continuar nadando para alcançar o outro lado do rio! Ao final do primeiro ano, me deparei com ondas grandes, buracos e passagens estreitas exigindo de mim a realização de manobras rápidas e precisas sob pressão. Pensei: já devo estar chegando no fim do período turbulento... Qual foi minha surpresa encontrar corredeiras extremamente longas, violentas e com muita obstrução. Nesse ponto, pensei em tantas coisas, mas a principal foi: vai passar e eu conseguirei chegar ao outro lado! E assim, repetindo essa frase diariamente cheguei a um nível de água favorável e eis que hoje alcanço o outro lado!

Durante essa travessia, além de ter me transformado em uma exímio nadadora, cresci muito em consequência dos momentos de alegria, desafios e também dos de tristeza, fragilidade e sofrimento. Como chorei.... Mas também, como sorri... para tal fui acompanhada e auxiliada por velhos amigos, família e também por pessoas que se agregaram à minha vida durante este processo!

Por isto, quero agradecer a todos que estenderam uma corda, um bote, um direcionamento, ou simplesmente torceram e vibraram por mim nesta jornada.

À Deus, meu Pai, Senhor e Salvador da minha vida, por fazer por mim muito além do que eu peça ou sonhe!

À minha mais do que orientadora Marília por todas as conversas e conselhos, por me atender só para me acalmar e por se aventurar nessa pesquisa junto a mim! Obrigada por me ensinar que os problemas são como máquinas de lavar roupas. E obrigada, principalmente por me conduzir! Não tenho palavras para explicar sua representatividade em minha vida! Espero que esteja orgulhosa do nosso resultado!

À minha mãe Eni, exemplo de mulher honrosa e que me cobre de orações diariamente! Sua presença constante na minha vida me faz sentir segurança!

Ao meu esposo Vanderson pelo apoio, acompanhamento, companheirismo, cuidado e preocupação comigo. Te amo! Você é uma escolha e tanto! Que bom te ter ao meu lado!

À minha filhota Giovanna, que muitas vezes estudou ao meu lado até de madrugada, só para não me deixar sozinha! Seu olhar me proporciona esperança, incentivo, motivação e recomeço.

Ao meu pai que acompanhou somente a busca desse meu sonho, mas infelizmente não pôde vê-lo concretizado! Queria muito que estivesse aqui agora para mais uma vez se orgulhar de mim e sair contando para todos a conquista da sua filha!

Ao meu irmão Wanderson e minha cunha Cláudia pelas orações, incentivos e encontros. Meu pai me deixou o melhor presente: vocês!

A minha família materna, pelos ensinamentos de união desde meu nascimento. Em especial à tia Édila pela ajuda nessa dissertação. Estou tentando ser inteligente como você!

Ao grupo ELAS por todas as risadas, choros divididos, alegrias compartilhadas e trabalhos feitos com muito empenho e diversidade. Juntas, conseguimos vencer as dificuldades! Foram dois anos intensos que além de dissertações, geraram filhos lindos! Um agradecimento especial para Renata, pelas portas abertas. Quem tem amigo; tem tudo, né? Um carinho especial ao meu Mih por todos os áudios longos e

por não soltar minha mão em nenhum momento dessa travessia! Que seja para sempre!

Ao grupo Marilet's pela caminhada em conjunto. Um agradecimento singular à Marina Chrispin por ter dividido um misto de sensações durante o período de coleta e um carinho especial à Palloma pela parceria e pelos saltos!

As minhas amigas: Aline, pelo ensinamento do *UBUNTU*: “eu sou porque nós somos”!!! Conseguimos mais uma vez, amiga!... Gisele, minha irmã gêmea separada na maternidade e Ana Maria por me entender sem nem me escutar!

Ao NSP do Hospital Sarah pela oportunidade de praticar meus estudos e viver a busca da qualidade e segurança na assistência. Aos colegas de trabalho da Ortopedia pela paciência e incentivo durante este período e às bibliotecárias pelo auxílio com a busca de referências.

E a todos os funcionários do hospital que contribuíram para os resultados desta pesquisa. Muito obrigada, de verdade!

## RESUMO

Prestar uma assistência de qualidade e com segurança na área da saúde é uma atividade complexa e que exige diversas ações. A promoção de uma cultura que reconheça a possibilidade da ocorrência de erros e o aprendizado com eles para a prevenção emerge como um dos requisitos para alcançar sucesso no atendimento livre de danos. Objetivou-se analisar a cultura de segurança do paciente na visão dos profissionais da equipe de saúde que prestam atendimento aos pacientes cirúrgicos em um hospital de ensino da rede pública de Belo Horizonte. Trata-se de um estudo misto de delineamento descritivo-exploratório, utilizando triangulação de métodos quantitativos com uso do questionário *Hospital Survey Safety Culture* (HSOPSC), realizado com 246 profissionais da equipe de saúde, e qualitativos por meio de 21 entrevistas com roteiro semiestruturado, realizado com a equipe de enfermagem. A nota média atribuída para a segurança do paciente nas unidades cirúrgicas estudadas foi de 3,71, em uma escala de 1 a 5. O estudo não evidenciou nenhuma área da cultura de segurança considerada como fortalecida. As áreas da cultura apontadas como âmbitos de maior potencialidade com vistas à segurança, foram trabalho em equipe dentro das unidades, expectativas sobre o supervisor/chefe, a aprendizagem organizacional e melhoria contínua e abertura da comunicação. A área considerada mais frágil foi respostas não punitivas aos erros. Observou-se uma cultura com problemas de comunicação, distanciamento entre os gestores e a equipe, dificuldades referentes à coordenação do trabalho em equipe entre as unidades e falta de uma educação continuada eficaz. A estratégia de utilizar métodos mistos mostrou-se bastante eficaz para elucidar aspectos da cultura de segurança de pacientes cirúrgicos. A análise integrada dos resultados no método misto, possibilitou a elaboração de inferências revelando a presença de uma abordagem punitiva, o que justifica a não notificação de falhas. Para melhoria da cultura torna-se necessário a realização de treinamentos e capacitações, melhor dimensionamento de pessoal, avanços na comunicação e aproximação da gestão e equipe.

**Palavras-Chave:** Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Gestão da Segurança.

## ABSTRACT

Offer an assistance with quality and safety in healthcare area is a complex activity that demands several actions. The promotion of a culture that recognizes the possibility of mistakes happening and the learning derivative from it for prevention becomes one of the requirements to achieve success in a treatment without injuries. The objective of this study was to analyse the patient safety culture in the view of the healthcare team that attend surgical patients in a public school hospital in Belo Horizonte. This a mixed study of descriptive-explanatory outline, using triangulation of quantitative methods with the use of Hospital Survey Safety Culture (HSOPSC) questionnaire, fulfilled with 246 professionals of the healthcare team, and qualitative through 21 interviews with a semi-structured script with the nursing team. The average score attributed to patient safety in the studied surgical units was 3,71 in a 1 to 5 scale. The study didn't show evidence of any area of safety culture considered as strong. The culture areas pointed as spheres of higher potential in the safety aspect were teamwork inside the units, expectations about supervisor/manager, organizational learning and continuous improvement and communication opening. The area considered as more fragile was non-punitive response to errors. It was observed a culture with communication problems, distance between managers and staffs, difficulties related to coordination of teamwork between units and lack of effective continued education. The strategy of using mixed methods presented itself very efficient to clarify aspects of safety culture of surgical patients. The integrated analysis of the mixed methods results enabled the elaboration of inferences revealing the presence of a punitive approach which justifies the no error reporting. To improve the culture, it is necessary to perform trainings, better personal sizing, advances in communications and draw managers and team closer.

**Key words:** Patient Safety. Organizational Culture. Safety Management.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Modelo do queijo suíço .....	33
Gráfico 1	- Força de trabalho do Hospital das Clínicas nos anos de 2013 a 2016	43
Gráfico 2	- Nota atribuída à segurança do paciente pelos profissionais da equipe de saúde das unidades cirúrgicas estudadas .....	60
Gráfico 3	- Média dos indicadores das dimensões da cultura de segurança do paciente avaliadas por meio do HSOPSC .....	62
Gráfico 4	- Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Abertura da comunicação' obtidas por meio do HSOPSC.....	67
Gráfico 5	- Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Retorno da informação e comunicação sobre o erro' obtidas por meio do HSOPSC .....	70
Gráfico 6	- Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Frequência de relato de eventos' obtidas por meio do HSOPSC .....	73
Gráfico 7	- Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Passagem de plantão ou de turno/transferência' obtidas por meio do HSOPSC ...	77
Gráfico 8	- Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Apoio da gestão para a segurança do paciente' obtidas por meio do HSOPSC .....	80
Gráfico 9	- Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Aprendizado organizacional – melhoria contínua' obtidas por meio do HSOPSC .....	83
Gráfico 10	- Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Percepção geral da segurança do paciente' obtidas por meio do HSOPSC ...	86
Gráfico 11	- Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Adequação de profissionais' obtidas por meio do HSOPSC .....	89
Gráfico 12	- Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente' obtidas por meio do HSOPSC .....	92
Gráfico 13	- Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Trabalho em equipe entre as unidades' obtidas por meio do HSOPSC .....	94

Gráfico 14	-	Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Trabalho em equipe dentro das unidades' obtidas por meio do HSOPSC .....	97
Gráfico 15	-	Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Respostas não punitivas aos erros' obtidas por meio do HSOPSC .....	100
Organograma 1	-	Estrutura da Gerência de atenção à saúde do Hospital das Clínicas .....	42
Quadro 1	-	Dimensões da qualidade do cuidado .....	22
Quadro 2	-	Diferentes características dos métodos quantitativos e qualitativos e os benefícios dos métodos mistos na avaliação da cultura de segurança .....	40
Quadro 3	-	Dimensões da cultura de segurança avaliadas no HSOPSC .....	50

## LISTA DE TABELAS

1	-	Tamanho ideal da amostra quantitativa estratificada por setor .....	47
2	-	Tamanho real da amostra quantitativa estratificada por setor .....	48
3	-	Análise descritiva das variáveis de caracterização .....	56
4	-	Análise descritiva de cada item das dimensões da cultura de segurança avaliadas por meio do HSOPSC .....	61
5	-	Percentual médio de respostas positivas, neutras e negativas – CC .....	63
6	-	Percentual médio de respostas positivas, neutras e negativas – Unidades Cirúrgicas .....	63
7	-	Comparação da proporção de respostas positivas obtidas por meio do HSOPSC entre o CC e as Unidades de Internação .....	64
8	-	Percentual médio de respostas positivas, neutras e negativas obtidas por meio do HSOPSC no CC e Unidades Cirúrgicas.....	65
8	-	Análise de correlação dos indicadores com as variáveis de caracterização .....	88

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGU	- Advocacia Geral da União
AHRQ	- <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
Anvisa	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC	- Centro Cirúrgico
CNPq	- Conselho Nacional de Pesquisas
DNV	- <i>Det Norske Veritas</i>
Ebserh	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	- Estados Unidos da América
Fundep	- Fundação de desenvolvimento da pesquisa
HC UFMG	- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HSOPSC	- <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
HU	- Hospital Universitário
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	- <i>Institute of Medicine</i>
JCI	- <i>Joint Commission International</i>
MEC	- Ministério da Educação
NPSA	- <i>National Patient Safety Agency</i>
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PNSP	- Programa Nacional de Segurança do Paciente
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
EU	- União Européia
UPME	- Unidade de processamento de material esterilizado

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1.1</b>	<b>Contextualização do problema</b> .....	17
<b>1.2</b>	<b>Objetivos</b> .....	20
1.2.1	Objetivo geral .....	20
1.2.2	Objetivos específicos .....	20
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	22
<b>2.1</b>	<b>Qualidade na assistência e segurança do paciente</b> .....	22
<b>2.2</b>	<b>Cultura organizacional</b> .....	28
<b>2.3</b>	<b>A cultura de segurança do paciente</b> .....	30
<b>2.4</b>	<b>Avaliação da cultura de segurança do paciente</b> .....	36
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	39
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	39
<b>3.2</b>	<b>Cenário da pesquisa</b> .....	41
<b>3.3</b>	<b>População e amostra do estudo</b> .....	45
<b>3.4</b>	<b>Coleta dos dados</b> .....	49
<b>3.5</b>	<b>Análises dos dados</b> .....	51
<b>3.6</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	54
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	56
<b>4.1</b>	<b>Características gerais da amostra estudada</b> .....	56
<b>4.2</b>	<b>Análise descritiva</b> .....	56
<b>4.3</b>	<b>Avaliação da cultura de segurança</b> .....	63
4.3.1	Dimensão 'Abertura da comunicação' .....	66
4.3.2	Dimensão 'Retorno da informação e comunicação sobre o erro' ...	69
4.3.3	Dimensão 'Frequência de relato de eventos' .....	72
4.3.4	Dimensão 'Passagem de plantão ou de turno/ transferências' .....	76

4.3.5	Dimensão ‘Apoio da gestão para a segurança do paciente’ .....	79
4.3.6	Dimensão ‘Aprendizado organizacional – melhoria contínua’ .....	83
4.3.7	Dimensão ‘Percepção geral da segurança do paciente’ .....	85
4.3.8	Dimensão ‘Adequação de profissionais’ .....	88
4.3.9	Dimensão ‘Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente’ .....	91
4.3.10	Dimensão ‘Trabalho em equipe entre as unidades’ .....	94
4.3.11	Dimensão ‘Trabalho em equipe dentro das unidades’ .....	97
4.3.12	Dimensão ‘Respostas não punitivas aos erros’ .....	99
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>104</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>108</b>
	APÊNDICE A – ANÁLISE DE PRECISÃO DA ESCALA .....	121
	APÊNDICE B – ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA E MÉTODO DE ESTIMAÇÃO DWLS .....	122
	APÊNDICE C – TCLE .....	126
	ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC) .....	128
	ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	133

# *Introdução*

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Contextualização do problema

A cultura de segurança do paciente vem sendo amplamente discutida desde a publicação de um documento intitulado “*To err is human: building a safer health system*”, pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA). Este relatório é considerado um marco frente à temática da segurança do paciente, devido à constatação de um elevado número de mortes, cerca de 44000 a 98000 mortes anualmente nos EUA, além do aumento de custos em hospitais em decorrência de danos causados durante a prestação de cuidados à saúde, causando um grande impacto na opinião pública americana (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; REASON, 2000). Desde então, é crescente o reconhecimento dos gestores de saúde sobre a necessidade de apoiar estratégias nacionais e internacionais para prevenção e redução de falhas no cuidado, melhoria do desempenho, gestão de riscos, incluindo: controle de infecção, uso adequado de medicamentos, ambiente seguro e prática segura de cuidados, além da promoção de uma cultura de segurança que envolva todos os profissionais de saúde (BRASIL, 2013, 2014).

Sabe-se que o contexto de cuidado em saúde é altamente emaranhado e o cotidiano do cuidar, muitas vezes, estabelece situações que nem sempre são esperadas. Constantemente, o cuidado é desenvolvido em um ambiente pressionado por resultados, em constante transformação, envolvendo atividades complexas, vários tipos de ciências e tecnologias, aumentando a probabilidade de erros. Com isto, infelizmente, as ações de cuidado podem gerar resultados indesejáveis, em oposição a auxiliar na resolução dos problemas dos pacientes (ABOUMATAR *et al.*, 2017).

Um dos grandes desafios é descobrir uma causa plausível dos erros e implementar soluções viáveis e consistentes que minimizem as chances de um evento recorrente. Parte da solução é manter uma cultura que trabalhe para reconhecer a possibilidade da ocorrência de eventos adversos, o aprendizado com eles e a gestão de riscos para prevenção dos mesmos, em vez de abrigar uma cultura de culpa, vergonha e punição. As organizações de saúde precisam estabelecer uma cultura de segurança que se concentre na melhoria do sistema, encarando os eventos adversos

como desafios que devem ser superados (HELO; MOULTON, 2017; OYEBODE, 2013; RODZIEWICZ; HIPSKIND, 2018).

A cultura de segurança é entendida como um dos valores da cultura organizacional, com o objetivo de favorecer ações, comportamentos e atitudes que são indispensáveis para um cuidado seguro (SILVA; ROSA, 2016). Sua avaliação pode favorecer a implementação de ações que melhorem a segurança, já que auxilia a prever e/ou explicar comportamentos. Porém, observa-se que a cultura de segurança nas organizações de saúde é, muitas vezes, desconhecida, pouco discutida, e seu desenvolvimento, pouco valorizado.

Acreditando que sempre haverá erros, a ação mais lógica e necessária para a organização deve ser dirigida para a criação de uma cultura institucional que busca “o porquê e como o erro aconteceu” e não “quem errou” (FREEMAN *et al.*, 2016; MAHJOUB *et al.*, 2016; HORWITZ, 2017). Considerando que, no cenário da saúde, exista uma grande probabilidade de imprevistos e diversos profissionais trabalhando ao mesmo tempo, torna-se necessário o desenvolvimento de uma cultura de segurança de tal forma que sua força de trabalho e processos estejam voltados para a melhoria da confiabilidade e segurança nos cuidados (FREEMAN *et al.*, 2016; MAHJOUB *et al.*, 2016).

De acordo com o *Institute for Healthcare Improvement* (2017), partilhar uma cultura caracterizada pela segurança justa, de aprendizado e de comunicação, emerge como um dos requisitos essenciais nas instituições de saúde para reduzir a ocorrência de eventos adversos e auxiliar no redesenho dos processos, a fim de evitar a ocorrência de erros ou incidentes. Vários estudos demonstram que uma melhoria na cultura de segurança do paciente está relacionada a uma diminuição na ocorrência de eventos adversos como úlceras de pressão, quedas e infecção em sítio cirúrgico (SINGER; VOGUS, 2013; WANG *et al.*, 2014; FAN *et al.*, 2016).

Segundo Carvalho *et al.* (2017), Pronovost *et al.* (2006), Sexton (2007) e Sorra e Nieva (2004), para se estabelecer uma cultura de segurança em uma organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura corrente. A avaliação da cultura de segurança, já exigida por organizações 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. Esta abordagem permite o acesso às informações relatadas pelos funcionários a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções.

Estudar a cultura de segurança traz a possibilidade de conhecimento dos fatores intervenientes no processo de trabalho que impactam na segurança dos pacientes, além de contribuir para a divulgação da produção científica como mecanismo de socialização do conhecimento.

Acredita-se que a implementação de ações voltadas para assegurar um cuidado com riscos de danos reduzidos, sem o suporte do comportamento e atitude da equipe que presta o atendimento, pode estabelecer um programa sem sustentação no qual os profissionais não irão perceber seus benefícios e nem agir com prioridade para segurança.

Considerando que a cultura pode afetar todos os processos e defesas do sistema para melhor ou para pior, torna-se necessário conhecê-la e identificar como a gestão trabalha frente aos desafios da segurança do paciente; o tipo de resposta frente aos erros e a existência do aprendizado após sua ocorrência; presença de trabalho em equipe dentro das unidades; abertura da comunicação; adequação de profissionais e apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; REIS *et al.*, 2016).

A aproximação com o tema em estudo aconteceu após a realização de cursos e disciplinas contemplando a área de segurança do paciente. O interesse em estudar a temática surgiu após a observação na prática das ações e estratégias executadas por hospitais a fim de assegurar a qualidade do cuidado, porém sem a avaliação e fortalecimento da cultura de segurança. Após início de estudos do assunto, a autora tornou-se membro do Núcleo de Segurança do Paciente do seu local de trabalho.

Considerando a relevância deste problema mundial, o risco da ocorrência de eventos adversos em pacientes que recebem assistência à saúde e suas possíveis consequências, sobretudo ao impacto negativo para a vida do paciente, fica claro que estudos conduzidos sobre este tema são necessários.

Assim, este estudo pretende responder a seguinte questão de pesquisa: Qual a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de saúde e apoio de equipes de assistência ao paciente cirúrgico? Conhecer a percepção da equipe sobre

a segurança do paciente, bem como seu envolvimento frente aos desafios advindos e identificar áreas que necessitam de melhorias e fortalecimento, traz a possibilidade de conhecer fatores intervenientes no processo de trabalho que impactam na segurança dos pacientes. A apreensão desse conhecimento leva a fortalecer a comunicação efetiva de evidências científicas, experiências e recomendações destinadas a reduzir danos aos pacientes na atenção à saúde.

Como a avaliação da cultura de segurança do paciente cirúrgico é incipiente nas organizações de saúde do Brasil e pressupondo-se que a promoção da cultura de segurança se mostra uma das principais ações para reduzir danos e melhorar o cuidado prestado, este estudo pretende contribuir para melhoria da qualidade do cuidado de saúde prestado aos pacientes cirúrgicos nas organizações hospitalares, além da consolidação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ampliação do conhecimento sobre a temática.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Analisar a cultura de segurança do paciente na visão dos profissionais da equipe de saúde que prestam atendimento direta ou indiretamente aos pacientes cirúrgicos em um hospital de ensino da rede pública de Belo Horizonte.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Conhecer a percepção da equipe de saúde sobre a segurança do paciente;
- Compreender como a equipe trabalha frente aos desafios da segurança do paciente;
- Identificar as áreas de força e identificar as áreas críticas da cultura de segurança que necessitam de melhorias.

*Revisão da  
Literatura*

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Qualidade na assistência e segurança do paciente

Prestar assistência de qualidade e com segurança na área da saúde é uma das atividades mais complexas desenvolvidas pela sociedade humana na atualidade. O processo de cuidar de um simples paciente é, hoje, uma equação de diversas variáveis. Espera-se que esse sistema promova uma assistência de qualidade e livre de danos a todos os pacientes que deste necessita.

Nas últimas décadas, o grande debate na área da saúde ganhou foco sobre esta qualidade da assistência ainda aquém das expectativas, alcançando e mobilizando governos e organizações internacionais para a prevenção e mitigação de falhas no cuidado à saúde e promoção da qualidade dos serviços e segurança dos pacientes.

De acordo com o *Institute of Medicine* (IOM), a qualidade do cuidado é definida como o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de produzir os resultados desejados (U.S., 2001). Seis dimensões foram estabelecidas para que a assistência à saúde possa ser considerada de qualidade. São eles: segurança, efetividade, foco no paciente, acesso, eficiência e equidade e encontram-se definidos no Quadro 1.

Quadro 1 – Dimensões da qualidade do cuidado

<b>Segurança</b>	Toda ação para evitar que os pacientes sofram danos desnecessários decorrentes do cuidado
<b>Efetividade</b>	Cuidado baseado nas melhores evidências com foco em fazer a coisa certa para quem precisa, evitando excessos e uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão
<b>Foco no paciente</b>	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes
<b>Acesso/ Oportunidade</b>	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos
<b>Eficiência</b>	Cuidado racional e sem desperdício, incluindo uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia
<b>Equidade</b>	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, idade, religião ou condição socioeconômica ou cultural

Fonte: BRASIL, 2013, adaptado pela pesquisadora.

A segurança do paciente é considerada um destaque dentre estes seis domínios definidos para caracterizar o desempenho do sistema de saúde. Representa uma grande preocupação global e um dos maiores desafios internacionais da atualidade (WHO, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009) a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), importante instituição norte-americana que desenvolve pesquisas e estudos na área de qualidade em saúde, considera que segurança do paciente é a ausência de potencial para ocorrência de danos ou a ausência de ocorrência de danos associados à cuidados aos pacientes (AHRQ, 2003). Complementando este conceito, a segurança se refere à redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente. É um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado no mundo e abrange praticamente todas as disciplinas e agentes de saúde. Portanto, requer uma abordagem ampla e multifacetada para identificar os riscos reais e potenciais à segurança e encontrar soluções de curto e longo prazo para todo o sistema de saúde (BRASIL, 2013; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; WHO, 2009).

Para um entendimento ideal de como funciona a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS é necessário conhecer algumas definições e conceitos:

- Erro assistencial: é definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou execução. Os erros são atos em geral não-intencionais, enquanto que violações são intencionais, embora raramente maliciosas, mas que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos;
- Incidentes: são eventos ou circunstâncias que poderiam resultar, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente. Podem acontecer em decorrência de atos involuntários ou planejados. Podem ser classificados em:

1. incidente com dano ou evento adverso: há concretização do erro no paciente com consequente dano;
2. incidente sem dano: o erro atinge o paciente, mas não causa dano discernível;
3. *near-miss* ou quase-acidentes: são incidentes que não atingiram o paciente e que na maioria das vezes, acontecem em grande número e passam despercebidos (OMS, 2009).

Estima-se que ocorram 421 milhões de internações em todo o mundo anualmente e aproximadamente 42,7 milhões de eventos adversos em pacientes durante essas hospitalizações. Aproximadamente dois terços de todos os eventos adversos acontecem em países de baixa e média renda (JHA *et al.*, 2013). O risco de morte por erro, em escala global, é de 1 óbito a cada 300 internações (FRAGATA, 2010; KALRA; KALRA; BANIAK, 2013). Os erros causados por cuidados inseguros são a terceira principal causa de morte nos EUA e Canadá, podendo chegar a 400.000 óbitos por ano (MAKARY; DANIEL, 2016, RISKANALYTICA, 2017). Dados europeus, mostram que falhas e incidentes relacionados à assistência à saúde ocorrem em 8% a 12% das hospitalizações em países da União Européia (UE) (WHO, 2018). No Reino Unido, estimativas recentes mostram que, em média, um incidente é relatado a cada 35 segundos (WHO, 2017). Evidências mostram que 50% a 70% desses danos podem ser prevenidos por meio de abordagens sistemáticas abrangentes quanto à segurança do paciente (WHO, 2018).

Este quadro não é diferente em países de baixa e média renda. Uma combinação de fatores desfavoráveis como escassez ou falta de recursos humanos, carência de insumos básicos e materiais médico-hospitalares com grave desabastecimento, estruturas inadequadas e superlotação, tecnologias obsoletas e sem manutenção, além de falta de higiene e saneamento, contribuem para o cuidado inseguro do paciente (WHO, 2017). Embora cada país apresente um sistema de saúde diferente, muitas ameaças para a garantia da segurança do paciente têm causas semelhantes e muitas vezes soluções similares.

O custo gerado por danos causados na área de saúde, seja em perdas de vidas ou danos permanentes, os quais afetam a capacidade e a produtividade de pacientes,

equivalem a trilhões de dólares anuais nos EUA (SLAWOMIRKSI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017). Isto sem contar com os prejuízos psicológicos para o paciente ou famílias que tiveram a perda de um ente querido ou são levados a lidar com uma incapacidade permanente, de difícil mensuração. Sabe-se que, na Europa, 15% das despesas hospitalares são referentes ao tratamento de pacientes que sofreram algum tipo de evento adverso. O custo para prevenir esses erros é insignificante em comparação com os custos para seu tratamento ou indenizações. Estatísticas mostram que estratégias para mitigar erros decorrentes do cuidado em hospitais da UE levariam à prevenção de mais de 750.000 danos infligidos aos pacientes por ano, levando à redução de mais de 3,2 milhões de dias de hospitalização, menos 260.000 incidentes com incapacidade permanente e 95.000 mortes a menos por ano (WHO, 2018).

Todas as condições adquiridas por meio do cuidado com a saúde, não determinadas pelas condições clínicas de base do paciente, geram diversas consequências tanto ao paciente e familiares, quanto ao sistema de saúde: mortes, sequelas definitivas e transitórias, aumento dos custos financeiros, que incluem despesas devido ao prolongamento de internações, indenizações e aposentadorias por invalidez. Os erros também geram perda de confiança no sistema de saúde, levando à diminuição da satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde. Os pacientes que experimentam uma internação prolongada ou uma incapacidade, por resultado de erros, acabam apresentando desconforto físico e psicológico. Já, os profissionais de saúde são afetados pela perda da moral e a frustração por não serem capazes de fornecer o melhor cuidado possível (LONG *et al.*, 2013; FRAGATA, 2010).

Percebe-se que, entre a natureza dos eventos adversos, os procedimentos cirúrgicos apresentam maior ocorrência, seguidos dos referentes à medicação (MARQUET *et al.*, 2015; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2012). Nos EUA, uma em cada duas cirurgias tem como consequência um evento adverso e ocorre um erro de medicação por dia de internação relativo à prescrição, dispensação ou administração (AHRQ, 2017; NANJI *et al.*, 2016).

Acredita-se que, anualmente, ocorra cerca de 234 milhões de procedimentos cirúrgicos de maior complexidade em todo o mundo, o que está associado a um risco considerável de complicações e mortes. No Brasil, foram realizadas mais de 20

milhões de cirurgias, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre os anos de 2008 a 2012. Minas Gerais é o segundo maior estado da federação em número de cirurgias (BRASIL, 2013). Segundo a OMS (2008), a taxa de mortalidade relatada após a cirurgia varia de 0,4 a 0,8% nos países desenvolvidos e de 5 a 10% em países em desenvolvimento. Em média, 7 milhões de pacientes cirúrgicos sofrem complicações significativas decorrentes de eventos adversos a cada ano e 1 milhão chega ao óbito durante ou imediatamente após a cirurgia. Assemelhando-se à estudos de outros tipos de eventos adversos, pelo menos metade de lesões provocadas durante o processo cirúrgico (pré, intra e pós-operatório), no bloco cirúrgico ou em enfermarias cirúrgicas, eram evitáveis.

Assim, o atendimento cirúrgico e as complicações que o acompanham representam um fardo substancial de insegurança, digno de atenção da comunidade de saúde pública em todo o mundo. Em 2014, Dare *et al.* aludiram que o âmbito cirúrgico deve ser considerado como uma área de estudo, pesquisa e prática prioritário, visando melhorar os resultados de saúde e alcançar equidade para todas as pessoas que necessitam de cuidados cirúrgicos.

Diante da necessidade de atenção na área da qualidade dos cuidados e segurança aos pacientes, órgãos governamentais e não governamentais em todo o mundo, incluindo o Brasil, se mobilizaram para o controle e prevenção da ocorrência de eventos adversos. No ano de 2000, após a publicação do relatório “*To err is human: building a safer health system*” pelo IOM, a AHRQ iniciou o desenvolvimento de pesquisas e programas de segurança nas organizações de atendimento, intensificando os esforços das agências reguladoras. Em julho de 2001 foi criado no Reino Unido a *National Patient Safety Agency* para melhorar a segurança dos pacientes. Em 2002 a OMS adotou a Resolução WHA 55.18, “*Quality of care: patient safety*”, a fim de nortear ações sobre o problema da insegurança, desencadeando várias iniciativas internacionais e ampla mobilização de órgãos políticos em muitos países (WHO, 2002). Nesse seguimento, em 2004, houve a criação da “*World alliance for patient safety*”, com a finalidade de coordenar programas e campanhas voltadas para promoção da segurança do paciente nos países membros, além de desenvolver normas globais, protocolos e orientações e apoiar esforços para a promoção de uma cultura de segurança nos sistemas de saúde (WHO, 2004).

Desde então, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde tem implementado ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o propósito de melhorar a qualidade e prevenir erros em serviços de saúde (BRASIL, 2013, 2016, 2017). No ano de 2013, por meio da Portaria MS nº 529, instituiu-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil.

O PNSP tem como objetivo central melhorar o cuidado prestado nos ambientes de assistência à saúde e repensar os processos assistenciais, à fim de identificar a ocorrência das falhas antes que causem danos aos pacientes (BRASIL, 2013). Entre as ações desenvolvidas, destacam-se planejamento, orientação, coordenação, supervisão e avaliação do processo de implementação do PNSP no país. Além disso, visa estimular a promoção da cultura de segurança do paciente, estabelecer metas e indicadores de avaliação das ações de segurança do paciente e parcerias com organizações internacionais (BRASIL, 2014).

A Portaria MS/GM nº529/2013 e a Resolução RDC nº36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa, elege que um conjunto de protocolos básicos deva ser obrigatoriamente elaborados e implantados em estabelecimentos de saúde, a saber: identificação do paciente; prática de higiene das mãos; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prevenção de quedas e úlceras por pressão; comunicação efetiva; uso seguro de equipamentos e materiais e transferência de pacientes entre pontos de cuidado. São caracterizados como protocolos sistêmicos e gerenciados para promoção da melhoria da comunicação. Constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e oportunizam a vivência do trabalho em equipes e gerenciamento de riscos.

Atualmente, no Brasil, consolida-se um arcabouço de normas, regras, guias, manuais e iniciativas voltadas para a prevenção e promoção da segurança do paciente. A segurança tem sido avaliada como um elemento prioritário da qualidade dos serviços de saúde, assim como em todo o mundo. Está, também, em ascensão, a construção de uma cultura de segurança que permita às instituições de saúde e aos profissionais disporem de elementos e ferramentas em prol de uma assistência com qualidade.

## 2.2 Cultura organizacional

O conceito de cultura é complexo e multifacetado. É um termo com vastas possibilidades de estudos, que requer a compreensão de que existem múltiplas vozes e diferentes pontos de vista (HUDELSON, 2004). Existem diversos conceitos para definir cultura, e os mesmos têm apresentado uma evolução dinâmica. Seu significado possui profundas raízes na área da antropologia, desde muitas décadas atrás. Sua aplicação passou a ser discutida no contexto das organizações nos EUA no período pós-guerra, tornando-se popular na década de 1980, com a noção de que, cultura organizacional era uma variável crucial no gerenciamento da performance organizacional (DAVIES; NUTLEY; MANNION, 2000).

Alguns teóricos percebem a cultura organizacional como um sistema sociocultural no qual os componentes sociais e estruturais estão integrados à dimensão simbólica e ideológica da organização. Outros a entendem como um sistema de ideias, no qual, além de representar uma rede de padrões comportamentais, são um conjunto de mecanismos de controle para modelar tais comportamentos (BARRETO *et al.*, 2013).

Pires e Macêdo (2006) referem que cultura é um conjunto complexo e multidimensional de tudo o que constitui a vida em comum nos grupos sociais. É tudo o que integra uma sociedade e oferece modos para pensar e agir. A cultura faz parte da estrutura informal das organizações e não pode ser visualizada concretamente, isto é, ela existe, mas é intangível, é imaterial e consiste na realidade e na dinâmica das relações interpessoais e suas intersubjetividades, valores e crenças, interesses individuais e coletivos em um determinado ambiente, envolvendo a realidade socialmente construída que existe nas mentes dos membros de um grupo social. Por ser um elemento abstrato e de árdua compreensão, a sua existência pode ser facilmente negada ou minimizada em se tratando de problemas, dificuldades ou conflitos organizacionais (DAVIES; NUTLEY; MANNION, 2000; HUDELSON, 2004).

De modo simples, pode-se dizer que cultura organizacional é a forma como as coisas são feitas em um determinado grupo pequeno ou de profissionais, ou até mesmo por uma organização de grande porte e complexa. A cultura organizacional diz respeito ao compartilhamento, à concordância e internalização de valores, crenças, rituais, mitos, objetivos e compromissos pelos indivíduos que compõem estes grupos. É o alicerce da organização e legitima um conjunto de características que a

tornam única em relação a outras organizações. As organizações são tratadas como organismos e sistemas de conhecimentos, imersos em uma estrutura social, servindo como pontos primários de referências para construir o pensamento humano (SMIRCICH, 1983).

Fleury e Fischer (2006, p. 22), por sua vez, propõem o seguinte conceito:

[...] cultura organizacional é concebida como um conjunto de valores e pressupostos básicos expresso em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação.

Para Kurcgant e Massarollo (2012), a cultura é um elemento constitutivo estruturante de toda organização que produz bens e prestação de serviços. Ela espelha os objetivos e valores da organização. Sua assimilação torna-se uma tarefa complexa, por não ser um fenômeno estático. Muito pelo contrário: sofre influências da percepção, interação, do conjunto de convicções, objetivos, normas e rituais e a forma de resolver os problemas pela equipe.

A cultura de uma organização é constituída das interrelações subjetivas complexas entre as pessoas que compõem a organização e será caracterizada pela sua história, pelo modo como se dá a integração de novos membros, por suas políticas de gestão de pessoas, pelas formas de comunicação formais e informais e pelos processos de trabalho por categorias profissionais bem como sua interdisciplinaridade (BAUMAN, 2012). Para Fleury e Fischer (2013, p.71) “a cultura é influenciadora dos atos dos grupos sociais, refletindo nas interações dos grupos de trabalho que se formam dentro das organizações.”

De acordo com Schein e Schein (2017), a cultura consiste em uma aprendizagem acumulada e compartilhada por um determinado grupo, envolvendo aspectos comportamentais, emocionais e cognitivos dos seus membros. Os valores que se tornam inegociáveis e compartilhados são aprendidos ao longo do processo de resolução dos problemas para sobreviver, crescer e se adaptar ao ambiente externo e de integração interna no seu funcionamento, adaptação e aprendizado. Esse padrão de pensar, perceber, agir e sentir ante aos problemas persiste no ensinamento aos novos membros do grupo. Para entender a cultura de um grupo, deve-se tentar obter

seus pressupostos básicos compartilhados e compreender o processo de aprendizagem pelo qual tais pressupostos básicos evoluíram.

A compreensão da cultura nas organizações perpassa pelo entendimento da liderança fundadora, uma vez que, originalmente, é a fonte das crenças e valores de um grupo que se move para lidar com seus problemas internos e externos. Ainda, requer a compreensão das diferentes forças culturais presentes nas organizações, por considerar que estas forças criadas em situações social e organizacional são poderosas (SCHEIN; SCHEIN, 2017).

Para Oliveira e Matsuda (2016), nos hospitais, a cultura assume dimensões maiores tornando-se necessário conhecer sua complexidade, tendo em vista que a peculiaridade do serviço e as heranças históricas desfavoráveis às mudanças podem intervir na construção de novos valores e práticas institucionais. O risco de se implementar um programa de segurança do paciente que não encontre respaldo na cultura da organização é considerável e gera um programa sem sustentação no qual as pessoas não irão perceber seus benefícios e nem agir com prioridade na segurança.

A cultura organizacional é vista por vários autores como um fator estrutural que dificulta a garantia da qualidade e segurança do paciente (TRONCHIN, 2014; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; REIS *et al.*, 2017). Para consolidação de programas voltados para a qualidade e segurança é essencial o envolvimento das pessoas, estabelecimento de mudanças nas práticas profissionais e suas concepções, sendo a abordagem da cultura organizacional essencial para o êxito destes objetivos.

### **2.3 A cultura de segurança do paciente**

A área da saúde, mais especificamente a segurança do paciente, tem tido como exemplo setores que promovem estratégias para melhorar os processos e sistemas operacionais que antecipem erros e os previnam antes que causem danos (REASON, 2000). O termo “cultura de segurança” difundiu-se após a ocorrência de dois acidentes históricos de outras grandes áreas, mas que é, até hoje, modelo para a busca constante de segurança.

O primeiro aconteceu na cidade de Tenerife, nas Ilhas Canárias, em março de 1977, e se tornou a maior tragédia da aviação até os dias atuais. Após a colisão entre

dois *Boings* 747 devido a uma combinação de diversos fatores como clima, erro humano e, principalmente, de comunicação, 583 pessoas morreram. O fato ensina os riscos de uma cultura na qual mesmo que um indivíduo suspeite que alguma coisa esteja errada, não se sinta confortável para trazer essas preocupações ao seu líder pela hierarquização. Essa tragédia ensinou a importância da criação de uma cultura de comunicação, na qual seja possível uma liberdade de apresentação de problemas entre pessoas de diferentes graus de subordinação (TSAO; BROWNE, 2015). Restringir hierarquias em todos os níveis e encorajar indivíduos a se manifestarem, caso notem condições inseguras ou suspeitem que algo possa estar errado, são maneiras para se construir organizações mais seguras. A partir deste ponto, a indústria da aviação começou a traçar novas estratégias de prevenção de incidentes, focando responsabilidade pela segurança dos passageiros não apenas no piloto das aeronaves, mas em toda tripulação de bordo e equipe de solo, tendo a comunicação, o trabalho em equipe, o treinamento e a tecnologia como alicerces para otimizar resultados e fortalecer os sistemas de segurança. Outra questão importante é que, na manutenção da aviação, o gerenciamento eficaz de riscos depende do estabelecimento de uma cultura de relatórios a fim de se analisar detalhadamente cada acidente, incidente e *near miss*. (HARADA *et al.*, 2006; TSAO; BROWNE, 2015).

O segundo acidente ocorreu na usina de Chernobyl - Ucrânia, no ano de 1986. É considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear a algumas cidades europeias e gera consequências até os dias de hoje. A cultura de segurança foi definida após este acidente como “[...] conjunto de características e atitudes das organizações e dos indivíduos, que garante que a segurança de uma planta nuclear, pela sua importância, terá a maior prioridade” (SILVA, 2003<sup>1</sup> apud GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011). Uma “cultura de segurança fraca” foi atribuída como a principal causa deste desastre (CHEVREAU, 2008; WHO, 2009). A confiança é um elemento-chave de uma cultura justa, sendo um passo inicial para a criação de uma cultura segura.

---

<sup>1</sup> SILVA, S. C. A. Culturas de segurança e prevenção de acidentes de trabalho numa abordagem psicossocial: valores organizacionais declarados e em uso. 385f. p.34. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Organizacional) - Departamento de Psicologia Social e das Organizações – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, 2003.

Estes acidentes serviram de alerta a estes ramos para a necessidade de melhorar seus processos de segurança e o tratamento das causas reais dos problemas, permitindo uma prevenção mais eficaz que a culpabilização pessoal, fazendo com que se tornassem organizações que implementassem protocolos que visam a máxima segurança. Estes protocolos passaram a ser utilizados em outras instituições e aplicadas também na área da saúde.

A cultura de segurança na área da saúde foi, então, conceituada pela AHRQ (1993), como o conjunto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos individuais e grupais que determinam o estilo, a proficiência e o compromisso da gestão de uma organização saudável e segura, substituindo a culpa e punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

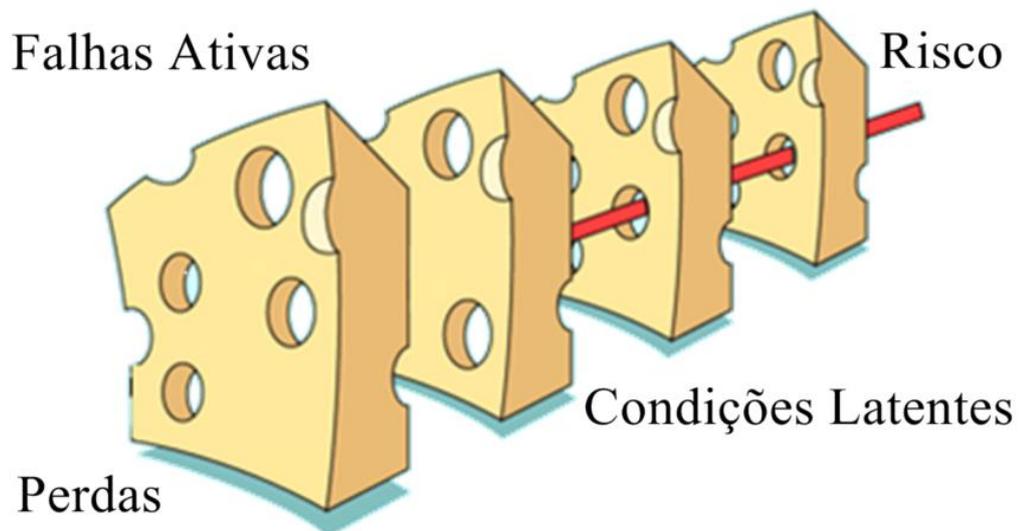
O professor e psicólogo James Reason tem dedicado suas pesquisas na área de investigação dos erros humanos e processos organizacionais e afirma que erros são consequências e não causas. Para o autor existem duas formas de se tratar a falibilidade humana: a abordagem da pessoa e a abordagem do sistema. A antiga e difundida tradição da abordagem pessoal, muito presente na medicina, concentra-se em atos inseguros decorrentes do comportamento humano. A avaliação de cada erro é realizada isoladamente, responsabilizando os profissionais prestadores de cuidado. Já, a premissa básica da abordagem sistêmica é que os seres humanos são falíveis e erros são esperados e que sua origem advém de fatores sistêmicos. Portanto, por melhor que sejam as organizações a ideia central é a das defesas do sistema (REASON, 2000).

Para melhor entendimento da abordagem do sistema e a importância da criação de defesas, barreiras e salvaguardas, Reason (2000) propôs o modelo do queijo suíço (Figura 1). Para ele, os sistemas são dotados de barreiras em posições chave para evitar erros (tecnologias, equipamentos, pessoas). Apesar de protegerem possíveis vítimas contra riscos locais, sempre há pontos fracos. Esses pontos falhos são como fatias de um queijo suíço. Porém, ao contrário do queijo, esses buracos estão continuamente se abrindo, fechando e mudando de lugar. O mau resultado surge quando os furos (falhas) em várias camadas se alinham, permitindo uma trajetória de oportunidade de incidentes.

Os buracos nas defesas surgem por dois motivos: falhas ativas e condições latentes. Quase todos os eventos adversos envolvem uma combinação desses dois

fatores. As falhas ativas são atos inseguros cometidos por pessoas que estão em contato direto com o paciente ou com o sistema. As condições latentes são advindas de decisões estratégicas gerenciais, podendo provocar erros no local de trabalho e gerar falhas no sistema.

Figura 1 – Modelo do queijo suíço



Fonte: Adaptado de Reason J. Human error: models and management. British Medical Journal, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

E embora não possamos modificar a condição humana, podemos modificar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas neste sistema e propagando uma cultura justa. A cultura justa é definida por ele como um clima de confiança que incita as pessoas a fornecerem os conhecimentos essenciais ligados à segurança, ou os recompensa por isso, e estabelece uma linha de demarcação clara entre o comportamento aceitável e o comportamento não aceitável (REASON, 2000). Importante salientar que a cultura justa pressupõe que violações intencionais devem ser punidas, já que a pessoa fez uma escolha comportamental, passando a ser responsável pelo resultado (U.S., 2001).

Reason (2000) definiu três componentes para a cultura de segurança positiva: 1) cultura justa, na qual é clara a diferença entre atos inaceitáveis e erros devido às falhas no sistema; 2) cultura de aprendizado, na qual existe a preocupação com a

possibilidade de falhas e os erros ou críticas são vistos como oportunidades para o aprendizado da equipe e elaboração de ações de melhoria aos riscos operacionais; e 3) cultura da comunicação, com realização de coleta, análise e disseminação de informação acerca dos incidentes ocorridos.

De acordo com a *Joint Commission* (2013), a cultura de segurança em saúde é o resumo de conhecimentos, atitudes, comportamentos e crenças que os funcionários compartilham, sobre a importância primária do bem-estar e cuidado dos pacientes que atendem, apoiados por sistemas e estruturas que reforçam o foco na segurança do paciente. A cultura de segurança positiva promove a confiança e capacita a equipe a relatar erros, incidentes, *near miss* e riscos.

Segundo a Anvisa (2013), a cultura de segurança define-se através do comportamento individual e compartilhado dos membros da organização de acordo com o comprometimento e responsabilidade destes com a oferta de serviço qualificado e seguro, independente da posição hierárquica. Portanto, no âmbito das organizações de saúde, para formação e incorporação deste valor, aberto, justo, sistêmico, centrado na aprendizagem organizacional, e não na culpabilização do indivíduo, algumas estratégias devem ser implementadas, tais como: a aceitação da responsabilidade, por todos os profissionais, de qualquer nível hierárquico, pela segurança individual, da equipe e dos pacientes; a segurança deve ser uma prioridade entre as metas estratégicas, táticas e operacionais; os erros devem ser encarados como oportunidade de aprendizagem e melhoria dos processos; os recursos e estrutura para garantir a segurança devem ser suficientes e adequados. Conforme a Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013, a Cultura de Segurança possui 05 características a serem operacionalizadas pelos gestores da mesma:

- 1) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- 2) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- 3) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- 4) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
- 5) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela presença de uma liderança que impulse a cultura de segurança, forte compromisso

da gestão com essa cultura, sendo prioridade na organização, profissionais de todos os níveis conscientes de que o erro pode acontecer e comunicações baseadas na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas baseadas em riscos (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; HODGEN *et al.*, 2017). A confiança é um pacto mútuo entre organizações e funcionários, baseado em transparência, processos que reconheçam erros inocentes devidos a fatores humanos e uma gestão que aborda ações inseguras, intencionais e culposas separadamente. Aprender como e porque erros ocorrem, oferece uma oportunidade para a organização evoluir e melhorar. E reconhecer uma resposta organizacional adequada, fortalece a confiança na manutenção de uma cultura de segurança (HODGEN *et al.*, 2017; TSAO; BROWNE, 2015).

Apesar da clareza e vantagens em se abordar os erros por meio da cultura de segurança justa, autores referem que ainda predomina a percepção de que falhas na segurança do paciente devem ser tratadas com ações punitivas para o profissional, e isso impede que o assunto seja discutido com vistas à melhoria do cuidado em saúde e à redução de riscos (TSAO; BROWNE, 2015; GUTIÉRREX UBEDA, 2016; CARVALHO *et al.*, 2017). Isto porque muitos esforços institucionais têm sido incompletos, pois não abordam adequadamente as resistências às mudanças gerada pela cultura punitiva. E esta, por sua vez, não é compatível com alguns componentes da cultura de segurança (GUTIÉRREX UBEDA, 2016).

Importante salientar que esta cultura de segurança pode se apresentar diferente entre subgrupos das organizações, como por exemplo setores e categorias profissionais que possuem sua própria cultura e maneiras de realizar um trabalho regidos por códigos disciplinares específicos. Além das atitudes e valores individuais dos membros da organização, o comprometimento e envolvimento do staff executivo, tático e operacional com a segurança influenciam diretamente no cotidiano já que esta precisa ser renovada diariamente devido a sua característica perecível (SINGER; VOGUS, 2013).

## 2.4 Avaliação da cultura de segurança do paciente

A cultura de segurança vem sendo alvo de estudos na área da saúde. Sua avaliação é uma ferramenta de gestão, que permite obter uma visão geral e de grande valor para o ambiente de segurança, objetivando compreender a percepção dos funcionários quanto à segurança do paciente na organização; identificar áreas/unidades cujas características da cultura necessitam de melhorias e adequações; avaliar a efetividade de ações implementadas para a melhoria da segurança na assistência ao longo do tempo e priorizar esforços de fortalecimento da cultura (CAVALCANTE *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2018; REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; SORRA; NIEVA, 2004).

Em estudo bibliométrico, Tobias *et al.* (2014), com objetivo de descrever as características do estado da arte sobre segurança do paciente entre os anos de 2006 a 2012, mostraram que a cultura de segurança corresponde a cerca de 10% das produções nacionais e internacionais dentre as temáticas de segurança do paciente evidenciadas.

Sorra e Nieva (2004) afirmam que é essencial a compreensão da cultura de segurança de uma organização de saúde para transformá-la. Tal conhecimento pode ser utilizado para diagnosticar a cultura e identificar áreas que necessitem de melhorias, além de uma maior conscientização da segurança do paciente; avaliar as intervenções e programas existentes visando a qualidade e segurança e monitorar mudanças ao longo do tempo. É considerado um desafio importante para mitigação dos erros.

A cultura de segurança em ambientes de saúde é normalmente avaliada por meio de questionários quantitativos com base em combinações de dimensões (variando de três a doze). As dimensões mais citadas são: compromisso da liderança com a segurança; comunicação aberta consolidada na confiança; aprendizagem organizacional; uma abordagem não punitiva para relato e análise de eventos adversos; trabalho em equipe; e crença compartilhada na importância da segurança (HODGEN *et al.*, 2017). Estes questionários são classificados como instrumentos de avaliação psicométrica. As quatro ferramentas mais utilizadas no mundo são: *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) da AHRQ; *Safety Attitudes Questionnaire*; *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey* e *Modified*

*Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument* (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; HODGEN *et al.*, 2017). Todos esses instrumentos utilizam escala tipo Likert para medir a atitude dos indivíduos.

Observa-se, porém em menor frequência, a utilização de abordagem socioantropológica qualitativa para coleta de dados sobre cultura de segurança, por meio de entrevistas semiestruturadas; grupos focais e observações (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011). Os métodos qualitativos dão potencial para revelar as suposições, valores e crenças dos indivíduos (HODGEN *et al.*, 2017).

A avaliação da cultura de segurança na área da saúde por meio de método misto tem sido defendida há muito tempo (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; PUMAR-MÉNDEZ; ATTREE; WAKEFIELD, 2014). Pesquisas demonstraram benefícios com este tipo de abordagem, principalmente por conseguirem implementar melhorias nas organizações (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; LISTYOWARDOJO, 2017; PUMAR-MÉNDEZ; ATTREE; WAKEFIELD, 2014; SEXTON *et al.*, 2007). Isto é desejável porque a cultura de segurança não é uma coisa tangível que é prontamente observável. Avaliações de métodos mistos podem assim, produzir um perfil mais preciso, tendo em conta diferentes perspectivas e facilitando a realização de um plano de melhorias (PUMAR-MÉNDEZ; ATTREE; WAKEFIELD, 2014).

Os resultados quantitativos deste tipo de pesquisa podem ser comparados ao longo do tempo e entre diferentes organizações ou partes dela. No entanto, limitam a possibilidade de explorar os fatores subjacentes que formam a cultura de segurança na área avaliada. A avaliação qualitativa permite profundidade e maior importância na exploração do tema em estudo. Como resultado, os dados qualitativos podem fornecer informações ricas e descritivas sobre a cultura de segurança, melhorando assim os resultados da avaliação (LISTYOWARDOJO, 2017; PUMAR-MÉNDEZ; ATTREE; WAKEFIELD, 2014).

Segundo a *Det Norske Veritas* (DNV), importante sociedade internacional de acreditação e certificação, com mais de 150 anos no mercado e presente em mais de 100 países, para capturar totalmente a cultura de segurança do paciente em uma organização é necessária uma avaliação que combine ferramentas quantitativas e qualitativas. Esta abordagem tem sido realizada pela DNV em hospitais de vários países e recebida com *feedback* positivo para compreensão mais profunda do tema. (LISTYOWARDOJO *et al.*, 2014).

*Método*

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo misto de delineamento descritivo-exploratório, utilizando triangulação de métodos. Este tipo de metodologia é definido por Creswell *et al.* (2011) como um procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa. Surgiu em 1960 entre antropólogos e sociólogos, e vem crescendo gradativamente, tendo nos últimos 20 anos se concretizado como uma nova forma de abordagem. O pressuposto central que justifica esta abordagem é o de que a interação entre eles fornece possibilidades mais críticas e profundas.

Entende-se que tanto a abordagem quantitativa quanto a qualitativa possuem potencialidades e limitações, tendo cada uma, suas contribuições específicas. A pesquisa quantitativa revela informações úteis e confiáveis a respeito da dimensão dos fatores e uma visão de amplitude dos problemas. Por outro lado, a pesquisa qualitativa fornece diferentes perspectivas sobre o tema, delineando os aspectos subjetivos do fenômeno e auxiliando na compreensão do significado de determinados fatores, incluindo experiências humanas, individuais ou em grupos, com suas crenças, emoções e comportamentos (DAL-FARRA; LOPES, 2013; PUMAR-MÉNDEZ; ATTREE; WAKEFIELD, 2014). A integração permite que uma área inexplorada seja incorporada, favorecendo a construção de um desenho de pesquisa mais robusto (PARANHOS *et al.*, 2016).

Creswell e Plano Clark (2013, p. 22) definiram as características essenciais da pesquisa de métodos mistos:

O pesquisador: 1) coleta e analisa de modo persuasivo e rigoroso tanto os dados qualitativos quanto os quantitativos (tendo por base as questões de pesquisa); 2) mistura (ou integra ou vincula) as duas formas de dados concomitantemente, combinando-os (ou misturando-os) de modo sequencial, fazendo um construir o outro ou incorporando um no outro; 3) dá prioridade a uma ou a ambas as formas de dados (em termos do que a pesquisa enfatiza); 4) usa esses procedimentos em um único estudo ou em múltiplas fases de um programa de estudo; 5) estrutura esses procedimentos de acordo com visões de mundo filosóficas e lentes teóricas; e 6) combina os procedimentos em projetos de pesquisa específicos que direcionam o plano para a condução do estudo.

A pesquisa de métodos mistos tem capacidade de contribuir com entendimentos sobre a complexidade e facilitar o surgimento de resultados diferentes, desafiando paradigmas e distinções metodológicas. Este tipo de estudo promove a diversidade entre múltiplas formas de conhecimento e tradições. Assim, possui inclinação para identificar fortalezas e fraquezas por meio de múltiplas perspectivas (ARCHIBALDI, 2015; SANTOS *et al.*, 2017).

Portanto, para compreender as ligações entre a cultura de segurança e os cuidados de saúde, são necessários métodos complexos, triangulados e diferenciados de aquisição de informações. De acordo com a DNV, a abordagem de métodos mistos para avaliar a cultura de segurança combina resultados qualitativos e quantitativos em um esforço para obter uma melhor noção do tema (LISTYOWARDOJO *et al.*, 2014). No Quadro 2 é apresentado um resumo dos benefícios de cada método.

Quadro 2 – Diferentes características dos métodos quantitativos e qualitativos e os benefícios dos métodos mistos na avaliação da cultura de segurança

	<b>Método Quantitativo</b>	<b>Método Qualitativo</b>	<b>Benefícios do método misto</b>
<b>Objetivos</b>	Comparativo: - Quais grupos demonstram uma cultura de segurança positiva ou frágil - Quais os pontos fortes e fracos das áreas avaliadas - Comparação entre unidades hospitalares e entre hospitais	Explorativo: - Entender questões subjacentes e motivações, significados e atitudes	Reunir múltiplas perspectivas para melhor compreensão das condições socioculturais das áreas avaliadas como base para melhoria
<b>Perspectivas</b>	Superficiais: Atingir o maior número possível de respondentes para avaliação	Profundidade: Reunir as informações mais ricas e descritivas possíveis	Ter uma visão geral e compreender os pontos fortes e fracos das áreas avaliadas
<b>Forma de coleta de dados</b>	- Dados numéricos obtidos por meio de questionários estruturados - Probabilidade de instrumentos relativamente econômicos	- Dados qualitativos coletados por meio de entrevistas, grupos focais, análise textual de políticas e observações diretas - A coleta de dados qualitativos geralmente consome tempo e recursos	Múltiplos formulários permitem múltiplas perspectivas

<b>Análise de dados</b>	- Os dados são analisados usando estatísticas para encontrar diferenças entre e dentro de grupos	Os dados são analisados para pesquisar padrões, temas e recursos holísticos	A visão geral da avaliação quantitativa e a descrição rica da avaliação qualitativa, fornecem uma compreensão mais precisa da cultura de segurança estudada
<b>Resultados</b>	Diferentes perfis de cultura de segurança entre e dentro de grupos	Temas e Padrões - Explicando dados quantitativos - Descoberta de outros tópicos relevantes	Estímulo da aprendizagem organizacional: - Os resultados podem ser usados para grupos aprenderem com os pontos fortes de cada um e para adaptar esforços de melhoria para áreas específicas

Fonte: LISTYOWARDOJO *et al.*, 2014, p. 24, tradução da autora.

O objetivo da triangulação de métodos neste estudo foi obter uma visão global da cultura, envolvendo vários profissionais e a compreensão da mesma, a partir de pessoas que a vivenciam, por meio de uma visão mais aprofundada do fenômeno, fundamentado em crenças e valores de um grupo menor. A opção pelo estudo misto se deu após avaliações dos estudos relacionados com o tema e pelo reconhecimento de que as questões desta pesquisa poderiam ser melhores respondidas usando-se esta metodologia, apesar de seus desafios e complexidade, permitindo capturar diferentes percepções e fortalecer a produção do conhecimento nesta área.

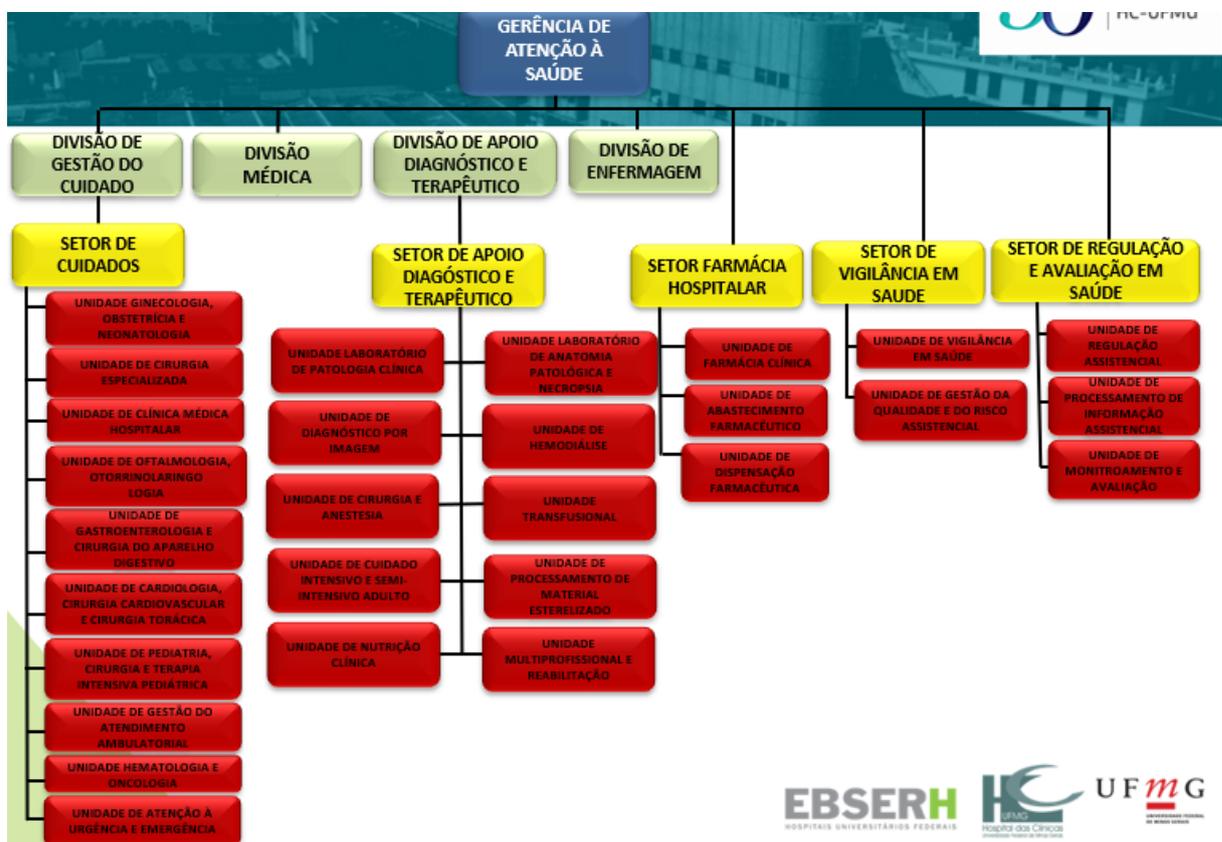
### 3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro Cirúrgico (CC) e algumas unidades cirúrgicas de um hospital geral de ensino da rede pública de saúde de Belo Horizonte: o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC UFMG). A instituição foi criada em 1928 e tem como principais características: atende a todas as especialidades oferecidas ao SUS; é um hospital universitário (HU) certificado pelo Ministério da Educação (MEC); atua no atendimento à sociedade, na formação de recursos humanos, no desenvolvimento de pesquisa, de produção e da incorporação de tecnologia na área da saúde. É responsável pela assistência aos pacientes de urgência clínica e cirúrgica, traumatológica e não traumatológica de uma população de cerca de 1,1 milhão de habitantes no Eixo Norte da Região Metropolitana de Belo

Horizonte (UFMG, Site oficial, 2018). É definido como uma unidade de referência secundária, terciária e quaternária para o SUS na realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, restringindo a atenção primária ao desenvolvimento de projetos especiais vinculados ao ensino (COSTA; MOTA; FIGUEIREDO, 2008).

Desde 1999 o hospital conta com uma gestão descentralizada, por meio de um planejamento participativo, com a criação das Unidades Funcionais e elaboração de metas e compromissos pactuados com a direção em um contrato de gestão, fazendo com que todos se responsabilizem com a melhoria do desempenho dos serviços, podendo ser visualizado no Organograma 1. A busca por melhorias na assistência à saúde tem se dado também com o processo de acreditação internacional, iniciado em 2010, tendo a *Joint Commission International* (JCI) como órgão certificador de qualidade (UFMG, Site oficial, 2018).

Organograma 1 – Estrutura da Gerência de atenção à saúde do Hospital das Clínicas

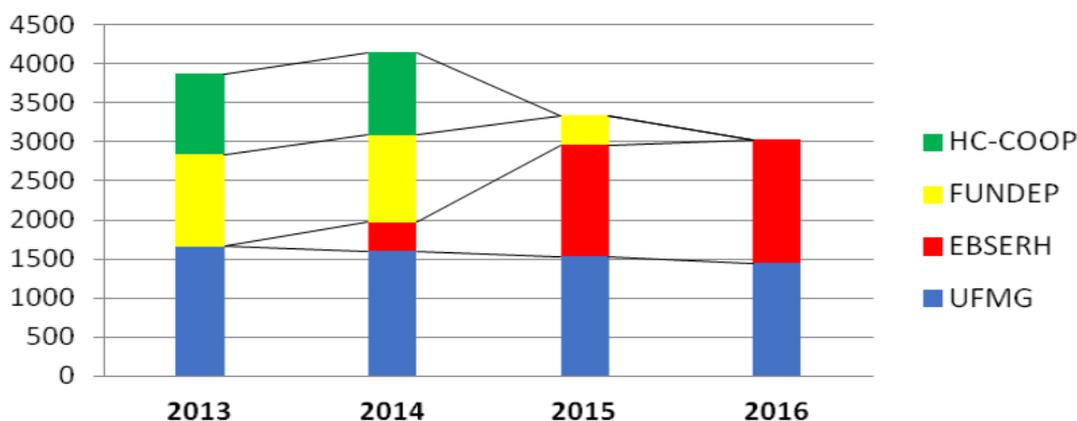


Fonte: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/>

Segundo pesquisa realizada por Costa, Mota e Figueiredo (2008), o HC UFMG apresentava dificuldades administrativas e financeiras desde a década de 70, que foram se agravando ao longo do tempo com escassez de recursos e redução do número de leitos ativos, sendo este inconveniente vivido pela maioria dos hospitais universitários do nosso país. Como solução a este contratempo, em dezembro de 2013, o HC UFMG aderiu à gestão de uma empresa pública de natureza privada, para gerenciar os hospitais universitários: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Esta foi criada pelo governo federal, por meio da Lei nº 12.550, com objetivo de assegurar avanços físicos e tecnológicos, aprimorar os processos de gestão, obter novo quadro de recursos humanos e o acréscimo de verbas (BRASIL, 2011).

A coalizão foi recebida com resistência pelos profissionais servidores técnico-administrativos de concurso público pela UFMG, assim como na maioria dos hospitais universitários do país, conforme noticiado por Bazzan (2012). No período de aproximadamente 01 ano, os funcionários contratados pela Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (Fundep) ou por meio de cooperativas, foram demitidos, permanecendo nos dias atuais, somente trabalhadores concursados pela UFMG ou contratados por meio de seleção pública pela Ebserh, conforme visualizado no Gráfico 1 (GARCIA PRIMO; BORGES, 2018). A oposição a gestão da Ebserh e principalmente o mal-estar gerado pela presença de dois tipos de vínculos empregatícios diferentes, pôde ser observada durante a vivência cotidiana ao longo da coleta de dados.

Gráfico 1 – Força de trabalho do Hospital das Clínicas nos anos de 2013 a 2016



Fonte: GARCIA PRIMO; BORGES, 2018, p. 98.

Atualmente, o HC UFMG conta com 504 leitos ativos. Ao longo do ano de 2017 ocorreram cerca de 16 mil internações e 21 mil cirurgias. É composto por 11 andares, divididos em administração, unidades de internação, unidade de urgência e apoio diagnóstico (UFMG, Site oficial, 2018). A pesquisa foi realizada nas unidades cirúrgicas. Dentre os setores cirúrgicos da instituição, optou-se pela pesquisa no CC, unidade de gastroenterologia e cirurgia do aparelho digestivo e unidade de cirurgia especializada, por serem as unidades do setor de cuidados em maior número de diversidade em especialidades médica-cirúrgicas.

O CC está localizado no 5º andar. Possui 16 salas cirúrgicas, sendo atualmente 12 em funcionamento e 04 em manutenção; 01 sala de observação utilizada para conferência de documentação e marcação cirúrgica; 01 posto de enfermagem; 01 sala de recuperação anestésica; 01 sala de arsenal de materiais esterilizados; 01 farmácia satélite; 01 sala de arsenal de materiais de higiene; 01 sala de prescrição médica; 01 sala da coordenação de enfermagem; 03 salas de secretaria, sendo uma dentro do CC e outras fora para acesso à pacientes e acompanhantes e 01 exclusiva para equipe de anestesiologia, 01 sala da gestão da unidade, 01 sala para espera de acompanhantes, com cadeiras e monitores para acompanhamento do momento da cirurgia e localização do paciente; além de vestiários, copa e dormitório para descanso noturno. São realizadas em torno de 700 cirurgias por mês, tendo 01 sala reservada para cirurgias de urgência e as demais para cirurgias eletivas agendadas mensalmente pela gestora da unidade em comum acordo com as clínicas cirúrgicas.

A unidade de gastroenterologia e cirurgia do aparelho digestivo está localizada no 2º andar. É dividida em 7 subgrupos de cuidados: 1) Cabeça e pescoço; 2) Urgência; 3) Parede abdominal e retroperitônio; 4) Coloproctologia e intestino delgado; 5) Propedêutica complementar; 6) Esôfago, estômago e duodeno; e 7) Fígado, vias biliares, pâncreas e baço. A pesquisa foi realizada nas Alas Sul, destinados à pacientes de longa permanência e Leste, onde internam pacientes de curta estadia. A Ala Sul possui 02 enfermarias masculinas e 02 femininas com 06 leitos cada e 02 enfermarias masculinas e 02 femininas com leitos destinados à pacientes obesos; totalizando 28 leitos. A Ala Leste possui 11 enfermarias, sendo a maioria com 03 leitos e algumas com 02, em um total de 30 leitos disponíveis, sendo 03 destinados à pacientes cirúrgicos pediátricos. Em cada ala, há um espaço destinado para expurgo, posto de enfermagem, sala de medicação (com escaninhos

separados por leito para acondicionar a medicação proveniente da farmácia para 24 horas), sala de prescrição médica e sala de curativo.

A unidade de cirurgia especializada é responsável pelas clínicas de Ortopedia, Urologia, Transplantes, Cirurgia Plástica e Neurocirurgia. Ocupam várias alas do 8º, 9º e 10º andares do HC. A pesquisa foi realizada nas Alas Sul do 10º e 9º andar e Alas Leste e Sul do 8º andar. No 10º andar – Ala Sul, internam cerca de 70 % dos pacientes das clínicas supracitadas. Possui 02 enfermarias masculina com 07 leitos cada, e 02 enfermarias feminina, 01 com 07 leitos e outra com 06 leitos, 02 leitos destinados à pacientes em isolamento de contato e 01 leito para pacientes em exame de vídeo eletroencefalograma, com funcionamento de segunda a sexta-feira, totalizando 30 leitos em funcionamento. A Ala Sul do 9º andar é responsável por atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos de urologia. Possui 03 consultórios para atendimento de demanda agendada, 01 bloco cirúrgico para procedimentos urológicos sob sedação e/ou anestesia (exceto anestesia geral), sendo 01 sala cirúrgica, 01 sala de pequenas cirurgias, 01 sala de recuperação pós-anestésica, 01 sala de procedimentos endoscópicos, 01 arsenal de materiais de limpeza, 01 expurgo, 01 almoxarifado de materiais provenientes da Unidade de Processamento de Material Esterilizado (UPME) e medicações, 01 sala de enfermagem e outra de coordenação, 01 sala de reuniões e estudos, 01 copa e 01 secretaria. No ano de 2017 foram realizados nesta unidade, 1518 cirurgias e 1875 consultas ambulatoriais. A estrutura física das alas Sul e Leste do 8º andar é semelhante às demais unidades apresentadas.

### **3.3 População e amostra do estudo**

Acredita-se que o uso de amostras mistas em pesquisas de avaliação da cultura de segurança do paciente, permite representar melhor a diversidade da população do hospital (SORRA; NIEVA, 2004; REIS *et al.*, 2016). Portanto, a população elegível para a parte quantitativa do estudo foi todos os profissionais com contato/interação direta com os pacientes cirúrgicos: assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos e técnicos de enfermagem; e profissionais com contato/interação indireta com o paciente, mas cujo trabalho afeta

no cuidado: assistentes administrativos, auxiliares de higiene, recepcionistas, secretários, auxiliares de enfermagem da UPME e técnicos de farmácia.

Como critério de inclusão foram abarcados aqueles profissionais com atuação maior ou igual a 06 meses nas unidades estudadas e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídos os profissionais ausentes durante o período de coleta por motivo de gozo de férias ou afastados por atestado ocupacional.

Para atender os objetivos da pesquisa, foi realizado um cálculo de amostra de tal forma que possibilitasse a extensão dos resultados da amostra coletada para a população de funcionários do hospital. Para isso foi utilizado o método para estimação de proporções para populações finitas (BOLFARINE; BUSSAB, 2005, p. 93), com uma alocação proporcional da amostra por setor.

A expressão para o tamanho da amostra para estimação de proporções para populações finitas é dada por:

$$n = \frac{N}{\frac{(N-1)B^2}{p(1-p)z_\alpha^2} + 1},$$

em que  $z_\alpha$  é o percentil da distribuição normal correspondente ao nível de significância  $\alpha$ ,  $p$  é a proporção de resposta sobre determinada pergunta do questionário,  $B$  a margem de erro e  $N$  o tamanho da população de funcionários do hospital.

Para possibilitar o cálculo do tamanho da amostra para as diferentes variáveis com os níveis especificados de significância e margem de erro, foi utilizado um  $p$  de 50%, uma vez que o tamanho da amostra obtido sobre esta suposição é máximo, suficiente para qualquer possível resultado que venha a ocorrer (HULLEY *et al.*, 2006).

Considerando uma margem de erro de 5% e o nível de significância também de 5%, a definição amostral, que traga confiabilidade dos resultados, foi definida pelo número de 228 funcionários, considerando o número de assistentes administrativos, de enfermagem, da higienização e de médicos, lotados em cada setor, sendo que na tabela 1, pode-se verificar o tamanho de amostra necessário para cada unidade, após aplicar a alocação proporcional. Sendo assim:

- Nas unidades de internação cirúrgica: coleta de 84 médicos, 46 profissionais da equipe de enfermagem, 05 funcionários da higiene e 03 assistentes administrativos;
- No CC: coleta de 49 médicos, 38 profissionais da equipe de enfermagem, 01 funcionário da higiene e 02 assistentes administrativos.

Tabela 1 – Tamanho ideal da amostra quantitativa estratificada por setor

	Setores	População		Amostra
		N	%	
Unidades Cirúrgicas	Médicos	207	37	84
	Equipe de Enfermagem	113	20,3	46
	Auxiliar de higienização	012	2,2	5
	Assistente administrativo	007	1,3	3
Centro Cirúrgico	Médicos	119	21,3	49
	Equipe de Enfermagem	092	16,5	38
	Auxiliar de higienização	003	0,5	1
	Assistente administrativo	005	0,9	2
Total		558	100	228

Convém ressaltar que a amostra final foi tida por conveniência (PRODANOV; FREITAS, 2013) respeitando o número total da amostra (n=228), porém não foi atingido o número específico de cada categoria profissional estratificado por setor, pela baixa participação dos médicos, apesar de esforços terem sido realizados na tentativa de engajá-los. Os profissionais da unidade multiprofissional e reabilitação e UPME, pertencentes à divisão de apoio e diagnóstico, mais especificamente, os assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, bem como os técnicos da unidade de dispensação farmacêutica, foram incluídos na amostra total, já que atuam nos setores estudados por demanda, mas não são funcionários exclusivos destas unidades. Os recepcionistas também foram incluídos, por prestar atendimento indireto aos pacientes, mesmo sendo funcionários terceirizados do Grupo Provac, uma empresa prestadora de serviços especializados.

Tabela 2 – Tamanho ideal X tamanho real da amostra quantitativa estratificada por setor

	<b>Setores</b>	<b>Amostra Ideal</b>	<b>Amostra Real</b>
Unidades Cirúrgicas	Médicos	84	37
	Equipe de Enfermagem	46	89
	Auxiliar de higienização	5	5
	Assistente administrativo	3	5
	Recepcionista	-	5
	Assistente Social	-	4
	Fisioterapeuta/Terapeuta Ocupacional	-	11
	Psicólogo	-	2
	Gestor de Unidade	-	1
Centro Cirúrgico	Médicos	49	25
	Equipe de Enfermagem	38	51
	Auxiliar de higienização	01	02
	Assistente administrativo	02	03
	Recepcionista	-	02
	Técnico de farmácia	-	04
<b>Total</b>		<b>228</b>	<b>246</b>

Para a parte qualitativa do estudo, foram convidados de forma aleatória, os profissionais da área de enfermagem e médicos, por serem as categorias profissionais estudadas, com maior contato direto com o paciente, podendo-se inferir que possuem uma visão mais global sobre o cuidado prestado. Infelizmente não houve participação de nenhum médico nesta etapa, alegando falta de tempo para tal, o que configurou perda amostral. As entrevistas foram realizadas até saturação dos dados, ou seja, até que a amostra refletisse, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões da cultura de segurança (MINAYO, 2017). Foram realizadas então 09 entrevistas com enfermeiros e 12 com técnicos de enfermagem, totalizando 21 entrevistas.

### 3.4 Coleta dos dados

A coleta de dados se deu no período de 29 de maio a 20 de agosto de 2018, e foi realizada pela pesquisadora e uma bolsista do Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq). Iniciou-se no meio de um caos no Brasil, denominado de Crise do Diesel, provocada por uma greve de caminhoneiros autônomos com extensão nacional, devido ao aumento do preço dos combustíveis e sua tributação. A paralisação causou a indisponibilidade de alimentos e remédios, escassez de gasolina, ocasionando redução da frota de ônibus. Algumas unidades do HC trabalharam com escala reduzida, por falta de pessoal, principalmente no período noturno. Dias depois, em 05 de junho, cerca de 40% dos servidores da Ebserh do HC aderiram à paralisação do Sindicato de trabalhadores do serviço público federal, devido à falta de aumento de salários, levando a suspensão das atividades eletivas do Bloco Cirúrgico e trabalho em escala reduzida em algumas unidades de internação. O período também foi marcado pela eleição dos cargos de diretor geral e vice-diretor do HC para a gestão de 2018-2022, ocorridas nos dias 04 e 05 de julho.

Durante estes quase dois meses, foi realizado o reconhecimento das unidades que compunham o cenário da pesquisa, observação das atividades cotidianas em cada uma delas, aplicação do questionário de pesquisa sobre cultura de segurança do paciente em hospitais e realização de entrevistas pelas pesquisadoras. Todos os plantões diurnos e noturnos foram contemplados.

O questionário de escolha para avaliação da cultura foi o HSOPSC e se encontra no Anexo A. Atualmente, tem sido o inquérito de análise mais utilizado em todo o mundo (CAVALCANTE *et al.*, 2016; LIMA NETO *et al.*, 2017). É considerado um instrumento válido, confiável e eficiente. De acordo com Flin *et al.* (2006) foi o único instrumento submetido a análise fatorial para testar as dimensões e as sub escalas, apresentando dados ajustados e bons coeficientes de *Alfa de Crombach*, quando comparado com outros questionários que mensuram a cultura de segurança do paciente.

Foi criado pela AHRQ, em 2004, por Sorra e Nieva e aplicado em diversos locais do mundo como EUA, Europa, Ásia, Oceania e América Latina, devido à sua abrangência pluridimensional (HODGEN *et al.*, 2017; SARAC *et al.*, 2011). Em 2013, foi adaptado e validado transculturalmente para mensuração da cultura de segurança

entre profissionais de saúde que atuam em hospitais brasileiros por Reis, Laguardia e Martins.

O instrumento procura focar seus questionamentos em características da própria cultura, denominadas dimensões, que são aspectos que podem interferir na segurança do paciente. É constituído por 09 seções, dispostas da letra A à I, somando-se 42 itens distribuídos em 12 dimensões, sendo 07 dimensões relacionada à unidade/setor; 03 do nível organizacional e 02 de resultado, conforme visualizado no Quadro 3. As atitudes dos entrevistados sobre diversos aspectos da segurança são medidas através da escala de Likert de 5 pontos, além de solicitar a opinião dos participantes, referente à nota de segurança do paciente na sua unidade, o número de comunicação de eventos e levantamento das características profissionais dos mesmos (SORRA *et al.*, 2016; SORRA; NIEVA, 2004; REIS *et al.*, 2016).

Quadro 3 – Dimensões da cultura de segurança avaliadas no HSOPSC

<b>Dimensões relacionadas à unidade / setor</b>		
1	Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança	4 itens
2	Aprendizado organizacional / melhoria contínua	3 itens
3	Trabalho em equipe dentro das unidades	4 itens
4	Abertura da comunicação	3 itens
5	Retorno da informação e comunicação sobre os erros	3 itens
6	Respostas não punitivas aos erros	3 itens
7	Adequação de pessoal	4 itens
<b>Dimensões do nível organizacional</b>		
1	Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	3 itens
2	Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	4 itens
3	Mudanças de turno e transições entre unidades e serviços	4 itens
<b>Dimensões de resultado</b>		
1	Percepção geral da segurança	4 itens
2	Frequência da notificação de eventos	3 itens

FONTE: SORRA, NIEVA, 2004.

O questionário foi apresentado inicialmente para os gestores das unidades, supervisores de enfermagem das alas e chefe do serviço de anestesiologia. Na sequência, foi exposto e entregue pessoalmente, em papel impresso para a equipe de saúde dos locais elegíveis para o estudo, selecionados aleatoriamente, em momentos em que estavam disponíveis em seu local de trabalho. Em dados comparativos sobre a pesquisa hospitalar, Sorra *et al.* (2016) mostram que as taxas de resposta são ligeiramente mais altas, em torno de 10 a 15%, com pesquisa em papel quando comparadas com a Web, o que justifica a escolha pelo questionário impresso. Alguns participantes preencheram no momento da entrega, outros optaram por retornar a pesquisa concluída *a posteriori*, devolvendo-a em envelope pardo deixado na secretaria das unidades de estudo, garantindo a não identificação dos participantes.

Realizado também entrevista, em locais reservados nos próprios setores, utilizando um roteiro semiestruturado, tentando compreender alguns aspectos da cultura de segurança do paciente nos cuidados de saúde. A geração deste material teve como questões norteadoras: 1) Gostaria que me falasse como é realizado o trabalho em sua unidade; 2) Como as mudanças implementadas no setor são informadas para a equipe?; 3) Como você percebe as medidas adotadas para garantir a segurança do paciente em sua unidade?; 4) Quando acontece algum evento, quais atitudes são tomadas?; 5) Em sua opinião, o que é uma cultura de segurança do paciente?; 6) Quais são os protocolos de segurança do paciente trabalhados aqui na unidade?; 7) Tem algum protocolo que você não concorde?; 8) Gostaria de fazer outros comentários?. Esta ferramenta de coleta foi testada previamente, não necessitando de adequações.

As observações e conversas informais foram anotadas em um diário de campo. As entrevistas foram gravadas em aparelhos eletrônicos e posteriormente transcritas, sendo as mesmas codificadas e identificadas por letras e números, resguardando a identidade dos participantes.

### **3.5 Análises dos dados**

Foram distribuídos ao todo 370 questionários e obtido o retorno de 248. Estes 248 questionários foram identificados por local de coleta: CC ou Unidades de

Internação Cirúrgica; por profissão e números crescentes e posteriormente examinados, sendo excluídos 02 por estarem com menos de 50% da pesquisa preenchida, tornando o questionário não qualificado, conforme indicado por SORRA *et al.*, 2016. Os dados dos 246 questionários elegíveis foram inseridos diretamente em um arquivo eletrônico utilizando o *Microsoft Excel*®. Este arquivo de dados foi verificado duas vezes por pares para avaliação de possíveis erros de entrada de dados. 28 participantes forneceram comentários por escrito no final da pesquisa. Estes, por sua vez, foram digitados no *Microsoft Word*® e codificados juntamente com as entrevistas e observações de campo.

Foi realizada uma análise dos *outliers* conforme indicado por Hair *et al.* (2009), para avaliação de possíveis falhas de tabulação. Não foram encontrados valores fora da escala, o que elimina a possibilidade de *outliers* por erros de tabulação.

Uma análise da consistência interna do HSOPC, para verificar sua confiabilidade na amostra foi realizada utilizando o Coeficiente *Alpha de Cronbach* e Confiabilidade Composta. De acordo com Hair *et al.* (2009), esses indicadores devem apresentar valores acima de 0,60 para uma indicação de confiabilidade da dimensão em pesquisas exploratórias. Seu resultado encontra-se no Apêndice A. Foram também realizados outros testes para confirmar a validação da amostra: Análise fatorial confirmatória (HAIR *et al.*, 2009) com método de estimação DWLS (FORERO; MAYDEU-OLIVARES; GALLARDO-PUJOL, 2009). Todos os critérios de qualidade indicaram bons parâmetros estatísticos e encontram-se no Apêndice B.

Na análise descritiva das variáveis de caracterização da amostra foram utilizadas as frequências absolutas e relativas. Na descrição dos itens das dimensões, foram utilizadas medidas de posição, tendência central e dispersão, sendo o intervalo percentílico *Bootstrap* com 95% de confiança, uma das medidas utilizadas. O método *Bootstrap* é muito utilizado na realização de inferências quando não se conhece a distribuição de probabilidade da variável de interesse (EFRON; TIBISHIRANI, 1993).

Para análise das dimensões da cultura de segurança, inicialmente, dos 53 itens que compõem o instrumento, 18 foram formulados de forma reversa e sinalizados com a letra "R", a saber: A5R, A7R, A8R, A10R, A12R, A14R, A16R, A17R, B3R, B4R, C6R, F2R, F3R, F5R, F6R, F7R, F9R, F11R. Como estes são itens provenientes de um questionamento negativo, o score equivalente também é reverso. No momento que o

participante discorda dos itens formulados de forma reversa, o resultado indica uma percepção positiva.

A frequência percentual de respostas positivas, foi calculada e classificada, usando a seguinte fórmula, preconizada pela AHRQ:

Número de respostas positivas aos itens da dimensão

Número total de respostas válidas aos itens da dimensão x 100

Sendo que resposta positiva é aquela em que os respondentes concordam/concordam totalmente com os itens formulados positivamente ou discordam/discordam totalmente com os itens formulados negativamente. O número total de respostas válidas constitui a soma das respostas positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes. A frequência percentual de cada dimensão foi calculada e classificada em: áreas positivas ou de cultura fortalecida para a segurança do paciente, que se referem aos itens em que mais de 75% dos entrevistados responderam positivamente e áreas fragilizadas ou com potencial para melhoria, nas quais o percentual de resposta positiva for igual ou inferior a 50% (SORRA *et al.*, 2016; SORRA, NIEVA, 2004; REIS *et al.*, 2016).

Foi realizado também uma análise descritiva das respostas positivas de cada item das dimensões, utilizando o Intervalo de Confiança de Bootstrap (EFRON; TIBISHIRANI, 1993). Os itens com intervalos de confiança estritamente maiores que 3 indicam tendência de concordância e itens com intervalos de confiança estritamente menores que 3 apresentam tendência a discordância.

Para as análises descritas acima foi utilizado o *Software The R Foundation for Statistical Computing* (versão 3.5.0).

Os dados resultantes das entrevistas, com duração variável entre 09 a 29 minutos, foram legendados com a sigla específica da profissão do participante, seguido do número da entrevista na ordem em que foram realizadas. As anotações realizadas pelos participantes no questionário HSOPSC, seguiram a legenda dada para o questionário. Esse material foi trabalhado por meio da análise de conteúdo segundo Bardin, que possibilita compreender e explicar opiniões, condutas, ações apreendidas em um contexto de dados, textuais ou simbólicos. De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo permite ir além das meras impressões e descrições e

chegar à interpretação e compreensão dos sentidos e significados. Foram percorridas as seguintes fases para o processo de investigação: a) organização da análise para que o material se tornasse útil à pesquisa por meio da: preanálise, exploração do material, tratamento dos resultados em bruto e interpretação desses resultados; b) codificação estruturada de acordo com as dimensões da cultura de segurança do paciente, segundo a proposta pela AHRQ; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados.

Finalmente, os dados obtidos por meio do questionário e das entrevistas foram organizados utilizando-se o *software* MAXQDA, versão 18.1.0, que consiste em um programa de análise de dados de pesquisas qualitativas, quantitativas e métodos mistos. Foi desenvolvido pela empresa alemã VERBI *Software* para permitir ao pesquisador melhor organização e sistematização dos dados e contribuir para uma otimização do processo de construção de categorias, codificação dos textos, análise e apresentação dos resultados (MAXQDA, 2018).

### **3.6 Aspectos éticos**

O presente estudo respeitou os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

A pesquisa só teve início após apreciação da Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG, anuência das unidades a serem estudadas no HC UFMG e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e do hospital em questão. O estudo obteve parecer favorável (número 2.673.629), sendo este o número de autorização do projeto CAAE: 87150218.7.0000.5149, e encontra-se no Anexo B.

A apresentação do projeto com seus objetivos, relevância e possíveis contribuições da pesquisa, foi realizada individualmente e, às vezes, coletivamente, de acordo com a disponibilidade do participante ou grupamento e da unidade de trabalho. Foi informado o caráter voluntário, assegurado o sigilo e enfatizado a confidencialidade do participante e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 2) para leitura e, após concordância na participação, assinatura em duas vias.

# *Resultados e Discussão*

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Descrição da base de dados

Foram distribuídos ao todo 370 questionários, com uma taxa de retorno de 67,02%. Este valor foi acima do esperado por Sorra *et al.* (2016), que estima o retorno em cerca de 30 a 50%. Estudos, utilizando o HSOPSC impresso, realizados na Tunísia (MALLOULI *et al.*, 2017), Eslovênia (ROBIDA, 2013), Egito (ABOUL-FOTOUH *et al.*, 2012) e França (OCCELLI *et al.*, 2013) apresentaram taxa de retorno semelhantes.

A base de dados foi formada por 246 indivíduos que responderam a 54 questões, sendo 12 referentes a caracterização da amostra e 42 itens referentes a 12 dimensões da cultura de segurança do paciente.

### 4.2 Análise Descritiva

A Tabela 3 apresenta uma análise descritiva das variáveis de caracterização dos indivíduos.

Tabela 3 – Análise descritiva das variáveis de caracterização dos participantes da pesquisa utilizando o HSOPSC

	Variáveis	N	%
Área/Unidade no hospital	Diversas unidades do hospital	13	5,3%
	Clínica	13	5,3%
	Cirurgia	182	74,0%
	Reabilitação	5	2,0%
	Farmácia	4	1,6%
	Anestesiologia	25	10,2%
Número de eventos notificados	Nenhuma notificação	171	69,8%
	1 a 2 notificações	43	17,6%
	3 a 5 notificações	21	8,6%
	6 a 10 notificações	8	3,3%
	11 a 20 notificações	2	0,8%
Tempo de trabalho no hospital	Menos de 1 ano	25	10,2%
	1 a 5 anos	130	52,8%
	6 a 10 anos	14	5,7%
	11 a 15 anos	27	11,0%
	16 a 20 anos	15	6,1%
	21 anos ou mais	35	14,2

Continua

	Variáveis	Continuação	
		N	%
Tempo de trabalho na área/ unidade	Menos de 1 ano	30	12,2%
	1 a 5 anos	146	59,3%
	6 a 10 anos	19	7,7%
	11 a 15 anos	23	9,3%
	16 a 20 anos	11	4,5%
	21 anos ou mais	17	6,9%
Carga horária de trabalho semanal	Menos de 20 horas	3	1,2%
	20 a 39 horas	174	70,7%
	40 a 59 horas	40	16,3%
	60 a 79 horas	12	4,9%
	80 a 99 horas	9	3,7%
	100 horas ou mais	8	3,3%
Cargo/Função	Médico do corpo clínico/ Médico assistente	24	9,8%
	Médico residente/ Médico em treinamento	37	15,0%
	Enfermeiro	39	15,9%
	Técnico de enfermagem	86	35,0%
	Auxiliar de enfermagem	14	5,7%
	Fisioterapeuta	15	6,1%
	Psicólogo	2	0,8%
	Assistente Social	4	1,6%
	Administração/Direção	2	0,8%
	Auxiliar administrativo/ Secretário	9	3,7%
Interação ou contato direto com os pacientes	Recepcionistas	14	5,7%
	Sim	224	91,1%
Tempo de trabalho (anos)	Não	22	8,9%
	(Média) / (D.P.)	12,88	9,39
Grau de instrução	Primeiro grau (Ensino Básico) completo	3	1,2%
	Segundo grau (Ensino Médio) incompleto	2	0,8%
	Segundo grau (Ensino Médio) completo	42	17,1%
	Ensino superior incompleto	24	9,8%
	Ensino superior completo	55	22,4%
	Pós-graduação (Nível especialização)	98	39,8%
	Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	22	8,9%
	(Média) / (D.P.)	38,52	9,89
Idade	Feminino	168	68,3%
	Masculino	78	31,7%

Mais da metade da população (52,8%) trabalha no hospital no período de 01 a 05 anos e 14,2% dos indivíduos trabalham a mais de 21 anos. Esse achado pode ser justificado pela entrada de funcionários da Ebserh a partir do ano de 2014, perfazendo metade da equipe hospitalar no ano de 2016.

A maioria dos indivíduos (59,3%) trabalha na área ou unidade atual no período de 1 a 5 anos, o que permite inferir que estes profissionais trabalham no mesmo setor desde sua admissão no hospital.

A quantidade de anos de trabalho média foi de 12,88 anos com desvio padrão de 9,39 anos. O valor máximo para o tempo de trabalho foi de 42 anos, dado comum encontrado em hospitais de contratação pública que permite estabilidade (SOUZA *et al.*, 2015). Tais dados apontam que os profissionais têm experiência profissional e tempo de serviço, o que possibilita conhecer a cultura organizacional e de sua unidade de atuação.

Os Cargos/funções mais frequentes entre os indivíduos na amostra foram: Técnico de Enfermagem (35,0%), Enfermeiro (15,9%) e Médico Residente/ Médico em Treinamento (15,0%). Outros estudos realizados com equipes multiprofissionais também demonstraram maior participação da equipe de enfermagem (ALQATTAN; CLELAND; MORRISON, 2018; BOHRER *et al.*, 2016; KAWAMOTO *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2015). Pesquisa que avaliou a cultura de segurança em um hospital privado sugere que a menor adesão dos outros profissionais possa estar relacionada a uma maior prevalência da temática segurança do paciente na matriz curricular da equipe de enfermagem (BARBOSA *et al.*, 2016). As observações de campo e entrevistas qualitativas demonstraram um maior envolvimento da equipe de enfermagem com assuntos relacionados à segurança do paciente.

A maioria dos indivíduos na amostra (68,3%) eram do sexo Feminino. Como metade da amostra (50,9%) era pertencente à equipe de enfermagem, este achado está adequado ao estudo do perfil da enfermagem no Brasil realizado em 2013. Este estudo afirma que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina com 84,6% de mulheres. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013).

A idade média dos indivíduos foi de 38,52 anos com desvio padrão de 9,89 anos. As idades mínima e máxima foram, respectivamente, 20 e 69 anos.

A maioria dos indivíduos (70,7%) tinha carga horária semanal de 20 a 39 horas, enquanto que 3,3% dos indivíduos tinham carga horária semanal superior a 100 horas, sendo estes residentes de medicina, que apesar de terem um contrato de 60 horas semanais, permanecem por um período maior, de livre espontânea vontade, para aproveitarem as oportunidades de aprendizado no HU. Importante salientar que a jornada de trabalho interfere diretamente na qualidade do serviço prestado. Um estudo comparativo em um hospital de ensino brasileiro, demonstrou que indicadores de queda, número de óbitos e taxa de infecção apresentaram índices mais baixos no período em que a instituição adotava uma carga horária de 6 horas diárias quando comparada ao período em que adotava a jornada de 12 horas (SILVA; JULIANI, 2012).

A maioria dos indivíduos (71,1%) tinha pelo menos ensino superior, sendo que 39,8% tinham especialização e 8,9% tinham mestrado ou doutorado, demonstrando que a maior parte da amostra estudada possuía um nível de ensino privilegiado em relação a população brasileira. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 51% da população adulta acima de 25 anos de idade tinham concluído apenas o ensino fundamental em 2016 e apenas 15,3% haviam concluído o ensino superior (IBGE, 2016).

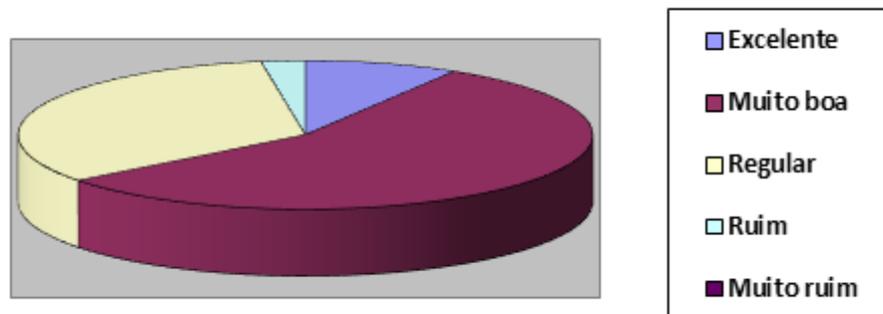
A grande maioria dos indivíduos na amostra (91,1%) tinha contado direto com o paciente, o que pode ser justificado pela quantidade de profissionais existentes no hospital em prol do cuidado.

Em relação ao número de eventos notificados, 69,8% da amostra não fizeram nenhuma notificação de evento adverso nos últimos 12 meses. Resultado análogo foi encontrado em um estudo misto realizado em 04 hospitais da Etiópia (WAMI; DEMSSIE; WASSIE; AHMED, 2016). Os achados qualitativos de ambas pesquisas levam a crer que um fator dificultador para a notificação é a falta de um sistema que se baseia em relatórios de erros, preocupações com a segurança, eventos adversos, incidentes e *near miss* que ocorram no cotidiano e que possam ser utilizados para o aprendizado e mudanças de condutas. Dificuldades com o sistema de notificação de eventos utilizado no HC foram relatadas pela equipe de enfermagem. Problemas de ordem técnica, como travamento do sistema, necessidade de inserção de muitos dados, que às vezes não são possíveis de obter, mas também de ordem pessoal, como falta de tempo e de conhecimento para uso do sistema, foram explanados. Os esforços devem estar direcionados a um sistema de notificação prático que possa

estar inserido no cotidiano da equipe para identificação de processos falhos, prevenção de erros e promoção da segurança. Há necessidade também de realização de capacitação contínua por meio de treinamentos e reciclagens para o uso do programa.

O gráfico 2 mostra a nota atribuída à segurança do paciente nas unidades de trabalho, que variou de 1 (muito ruim) a 5 (excelente).

Gráfico 2 – Nota atribuída à segurança do paciente pelos profissionais da equipe de saúde das unidades cirúrgicas estudadas



A nota média atribuída para a segurança do paciente na unidade de trabalho foi de 3,71, com um desvio padrão de 0,65 (em uma escala onde 1 é referente a 'Muito ruim' e 5 a 'Excelente'). Nenhum participante julgou a segurança do paciente como 'muito ruim' e 06 indivíduos (2,48%) a julgaram como 'ruim'. A maioria dos profissionais atribuíram nota 4, considerada 'muito boa', representando 55,79% (135 participantes); seguido de nota 3, considerada 'regular', representando 33,06% (80 indivíduos). 21 profissionais (8,68%) julgaram a segurança como 'excelente'. Estes escores foram compatíveis com os resultados neutros e frágeis obtidos em algumas dimensões da cultura.

A Tabela 4 apresenta uma análise descritiva de cada item das dimensões da cultura de segurança do paciente.

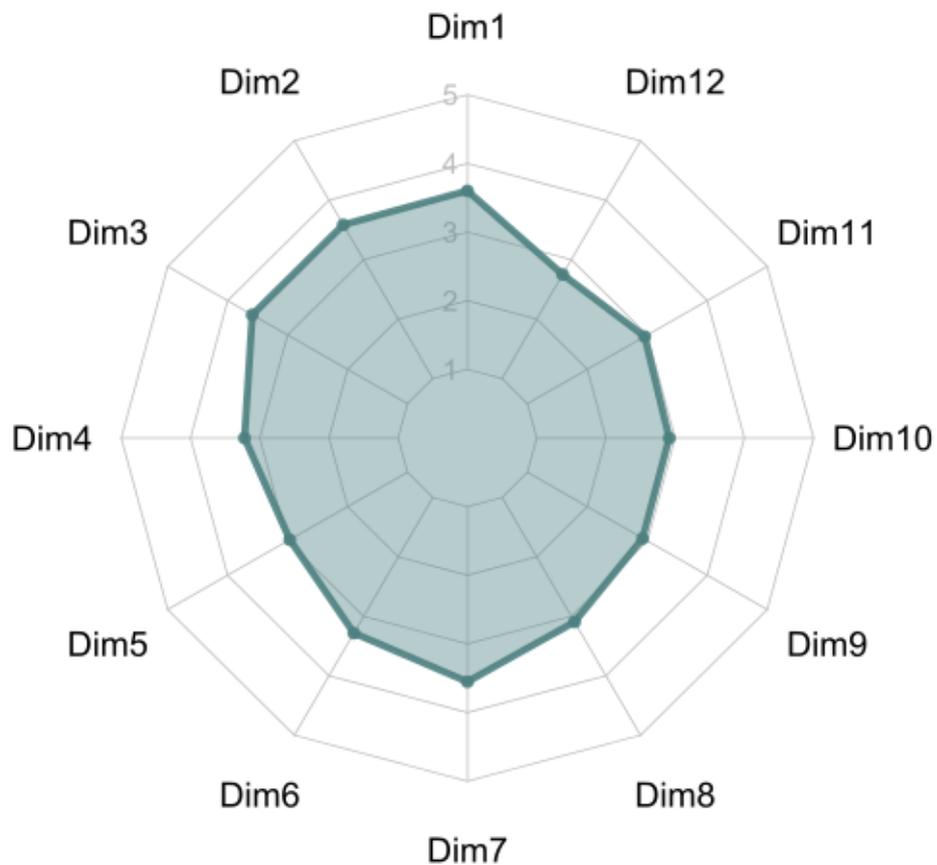
Tabela 4 – Análise descritiva de cada item das dimensões da cultura de segurança avaliadas por meio do HSOPSC

Dimensões	Itens	Média	D.P.	I.C. – 95% <sup>1</sup>	% respostas positivas
Trabalho em equipe dentro das unidades	A1	3,76	0,91	[3,64; 3,86]	73,2%
	A3	3,54	0,99	[3,42; 3,66]	59,8%
	A4	3,91	0,80	[3,80; 4,00]	78,0%
	A11	3,18	1,08	[3,04; 3,31]	45,9%
Expectativas sobre o seu supervisor/ chefe e ações promotoras da segurança do paciente	B1	3,33	1,16	[3,20; 3,47]	53,7%
	B2	3,67	1,07	[3,55; 3,80]	68,3%
	B3R	2,49	1,02	[2,36; 2,62]	58,8%
	B4R	2,17	1,03	[2,04; 2,30]	73,0%
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	A6	3,90	0,86	[3,80; 4,00]	78,0%
	A9	3,33	0,94	[3,21; 3,44]	51,2%
	A13	3,46	0,90	[3,36; 3,57]	52,4%
Apoio da gestão para a segurança do paciente	F1	3,18	0,98	[3,07; 3,30]	40,2%
	F8	3,35	0,94	[3,23; 3,46]	47,6%
	F9R	2,89	0,95	[2,77; 3,00]	37,7%
Percepção geral da segurança do paciente	A10R	2,53	1,05	[2,39; 2,65]	55,3%
	A15	2,69	1,13	[2,56; 2,83]	28,0%
	A17R	2,99	1,05	[2,85; 3,12]	34,7%
	A18	3,16	0,97	[3,05; 3,28]	41,1%
Retorno da informação e comunicação sobre erro	C1	2,92	1,17	[2,77; 3,06]	26,0%
	C3	3,18	1,17	[3,05; 3,32]	37,4%
	C5	3,63	1,09	[3,51; 3,76]	57,7%
Abertura da comunicação	C2	3,97	0,99	[3,85; 4,09]	69,9%
	C4	3,23	1,14	[3,09; 3,37]	40,7%
	C6R	2,61	1,07	[2,49; 2,73]	44,0%
Frequência de relato de eventos	D1	2,93	1,31	[2,75; 3,10]	32,1%
	D2	3,04	1,23	[2,88; 3,19]	40,2%
	D3	3,34	1,18	[3,19; 3,48]	52,4%
Trabalho em equipe entre as unidades	F2R	3,43	1,00	[3,31; 3,56]	18,7%
	F4	2,82	0,97	[2,70; 2,93]	27,2%
	F6R	2,89	1,01	[2,76; 3,02]	43,2%
	F10	3,13	0,94	[3,00; 3,25]	35,4%
Adequação de profissionais	A2	2,86	1,22	[2,72; 3,01]	38,6%
	A5R	2,85	1,08	[2,71; 2,98]	40,2%
	A7R	2,17	0,97	[2,05; 2,29]	70,3%
	A14R	3,01	1,10	[2,86; 3,16]	35,9%
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	F3R	3,13	1,01	[3,00; 3,26]	30,5%
	F5R	2,97	0,98	[2,85; 3,09]	37,0%
	F7R	3,24	0,95	[3,12; 3,36]	25,6%
	F11R	2,83	1,07	[2,69; 2,96]	45,9%
Respostas não punitivas aos erros	A8R	3,58	0,98	[3,46; 3,70]	14,6%
	A12R	3,25	1,08	[3,10; 3,38]	27,6%
	A16R	3,60	0,94	[3,49; 3,71]	15,0%

<sup>1</sup> Intervalo de Confiança Bootstrap

O gráfico 3 apresenta um gráfico de radar para as médias dos indicadores das dimensões da cultura de segurança do paciente, levantadas a partir da análise da tabela 4.

Gráfico 3 – Média dos indicadores das dimensões da cultura de segurança do paciente avaliadas por meio do HSOPSC



Pode-se destacar que: os indicadores com os maiores valores médios foram ‘Trabalho em equipe dentro das unidades’, ‘Expectativas sobre o seu supervisor/chefe’, ‘Aprendizado organizacional – melhoria contínua’ e ‘Retorno da informação e comunicação sobre erro’, enquanto que os indicadores com menores valores médios foram ‘Trabalho em equipe entre as unidades’, ‘Adequação de profissionais’ e ‘Respostas não punitivas aos erros’.

### 4.3 Avaliação da cultura de segurança

A Tabela 5 apresenta o percentual médio de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões, considerando somente o CC.

Tabela 5 - Percentual médio de respostas positivas, neutras e negativas obtidas por meio do HSOPSC no CC

<b>Dimensões</b>	<b>Respostas positivas</b>	<b>Respostas neutras</b>	<b>Respostas negativas</b>
Trabalho em equipe dentro das unidades	56,6%	23,3%	20,1%
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe	46,1%	19,7%	34,2%
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	54,4%	28,7%	16,9%
Apoio da gestão para a segurança do paciente	35,3%	37,2%	27,5%
Percepção geral da segurança do paciente	33,0%	32,2%	34,8%
Retorno da informação e comunicação sobre erro	34,5%	34,1%	31,4%
Abertura da comunicação	42,9%	37,9%	19,3%
Frequência de relato de eventos	29,5%	24,9%	45,6%
Trabalho em equipe entre as unidades	26,4%	30,7%	42,9%
Adequação de profissionais	48,7%	25,4%	26,0%
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	28,7%	25,3%	46,0%
Respostas não punitivas aos erros	16,5%	25,3%	58,2%

A Tabela 6 apresenta o percentual médio de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões, considerando somente as unidades de internação cirúrgicas.

Tabela 6 - Percentual médio de respostas positivas, neutras e negativas obtidas por meio do HSOPSC nas Unidades Cirúrgicas

<b>Dimensões</b>	<b>Respostas positivas</b>	<b>Respostas neutras</b>	<b>Respostas negativas</b>
Trabalho em equipe dentro das unidades	68,4%	17,8%	13,8%
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe	72,8%	15,7%	11,5%
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	63,7%	23,1%	13,2%
Apoio da gestão para a segurança do paciente	44,9%	35,6%	19,5%
Percepção geral da segurança do paciente	43,4%	22,8%	33,8%
Retorno da informação e comunicação sobre erro	42,6%	32,1%	25,4%
Abertura da comunicação	55,6%	28,2%	16,2%
Frequência de relato de eventos	39,6%	32,5%	27,9%
Trabalho em equipe entre as unidades	33,6%	32,2%	34,1%
Adequação de profissionais	45,0%	21,9%	33,2%
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	37,6%	27,7%	34,7%
Respostas não punitivas aos erros	20,5%	24,9%	54,5%

A tabela 7 apresenta a comparação da proporção de respostas positivas entre o CC e as Unidades Cirúrgicas.

Tabela 7 – Comparação da proporção de respostas positivas obtidas por meio do HSOPSC entre o CC e as Unidades de Internação

Dimensões da cultura de segurança	% respostas positivas		Valor-p <sup>1</sup>
	CC	Unidades Cirúrgicas	
Trabalho em equipe dentro das unidades	56,60%	68,40%	0,338
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe	46,10%	72,80%	<b>0,001</b>
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	54,40%	63,70%	0,550
Apoio da gestão para a segurança do paciente	35,30%	44,90%	0,342
Percepção geral da segurança do paciente	33,00%	43,40%	0,229
Retorno da informação e comunicação sobre erro	34,50%	42,60%	0,396
Abertura da comunicação	42,90%	55,60%	0,166
Frequência de relato de eventos	29,50%	39,60%	0,208
Trabalho em equipe entre as unidades	26,40%	33,60%	0,341
Adequação de profissionais	48,70%	45,00%	0,195
Passagem de plantão ou de turno/transferências	28,70%	37,60%	0,245
Respostas não punitivas aos erros	16,50%	20,50%	0,486

<sup>1</sup>Teste de Proporção

Como não houve diferença significativa em relação às respostas entre as unidades pesquisadas, com exceção do item 'Expectativas sobre o seu supervisor/chefe', com uma proporção de respostas positivas nas Unidades Cirúrgicas significativamente maior (valor-p = 0,001) em relação ao Centro Cirúrgico, optou-se pela apresentação e discussão dos resultados em relação ao percentual médio de respostas positivas das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente da equipe de saúde que presta cuidados diretos e indiretos aos pacientes cirúrgicos em geral, conforme Tabela 8.

Tabela 8 - Percentual médio de respostas positivas, neutras e negativas obtidas por meio do HSOPSC no CC e Unidades Cirúrgicas

<b>Dimensões</b>	<b>Respostas positivas</b>	<b>Respostas neutras</b>	<b>Respostas negativas</b>
Trabalho em equipe dentro das unidades	64,2%	16,1%	19,7%
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe	63,4%	19,5%	17,1%
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	60,4%	14,5%	25,1%
Apoio da gestão para a segurança do paciente	41,5%	22,3%	36,2%
Percepção geral da segurança do paciente	39,7%	34,2%	26,1%
Retorno da informação e comunicação sobre erro	39,7%	27,5%	32,8%
Abertura da comunicação	51,1%	17,3%	31,6%
Frequência de relato de eventos	36,0%	34,1%	29,8%
Trabalho em equipe entre as unidades	31,1%	37,2%	31,7%
Adequação de profissionais	46,3%	30,6%	23,1%
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	34,5%	38,7%	26,8%
Respostas não punitivas aos erros	19,1%	55,8%	25,1%

Nenhuma área da cultura de segurança do paciente apresentou escore geral positivo acima de 75% para ser caracterizada como área de força, podendo representar que a cultura de segurança não está sendo construída de maneira efetiva. Este resultado foi semelhante a vários outros estudos nacionais (MACEDO; *et al.*, 2016; PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2017) e internacionais (GAMBASHIDZE *et al.*, 2017; HEFNER *et al.*, 2017; KIAEI *et al.*, 2016; EIRAS *et al.*, 2014; AGNEW; FLIN; MEARNS, 2013; HAMDAN; SALEEM, 2013; OCCELLI *et al.*, 2013; ROBIDA, 2013; BAGNASCO *et al.*, 2011; OCCELLI *et al.*, 2011).

Em contrapartida, os achados qualitativos demonstraram um bom entendimento da equipe de enfermagem em relação ao significado da cultura de segurança do paciente, ponto este positivo tendo em vista que as pessoas são peças centrais para o desenvolvimento da cultura e não somente a presença de políticas e protocolos.

“A ideia da cultura: é de colocar para todos profissionais a ideia de estar neles, nas condutas deles, de saber quais são as barreiras e adotar essas barreiras para evitar que o paciente seja prejudicado. Tudo! Desde administração de medicamento, até um risco de queda, é um conjunto de coisas. Então a cultura é que a pessoa esteja familiarizada com quais medidas tomar, sempre privilegiando os pacientes, privilegiando na verdade condutas para que não aconteça o erro, ou quase falha com o paciente.” (E8)

“Isso tem que tá incorporado no seu trabalho do dia a dia, porque se não tiver, não adianta, entendeu? É você chegar e já ter aquela listinha na sua cabeça: isso, isso, isso e isso. É igual tomar banho, escovar dente,

almoçar, jantar. É todo dia, não tem jeito! Não tem como você mudar a cabeça das pessoas se elas não entenderem que isso faz parte do trabalho delas, né? Você não tem segurança de paciente se você não mudar seu comportamento. Não adianta! Não adiante você ter mil impressos, você ir lá, participar do treinamento, é importante, entendeu? Mas não adianta! Você tem que mudar a sua forma de trabalhar no seu dia a dia! Você tem que pensar assim: eu tenho que fazer desse jeito porque se acontecer... dependendo do evento, não tem como eu voltar atrás.” (E2)

“Eu imagino que seja este comportamento ser internalizado. Sim, é importante... Eu me importo! Só se eu me importar com isso é que eu vou conseguir convencer a você de que isso é importante. Então, eu imagino que seja mesmo você pegar isso como algo seu. A minha prioridade é prestar uma assistência de enfermagem livre de riscos e isso não ser só uma rotina, mas você se importar!” (E3)

Os relatos da equipe de enfermagem mostram que, para haver segurança do paciente é necessário que um conjunto de ações seja executado no dia a dia, adotando condutas para que os erros não aconteçam, em um trabalho responsável e criterioso todos os dias. Os participantes relatam a importância da mudança de comportamento e internalização de valores que privilegiem a assistência livre de riscos, porque “não tem segurança de paciente se não mudar o comportamento” e internalizar aquele trabalho como seu, independente de formulários, orientações e treinamentos, que apesar de serem importantes não surtem efeito se o trabalhador não se convencer da importância de suas ações.

#### 4.3.1 Dimensão ‘Abertura da comunicação’

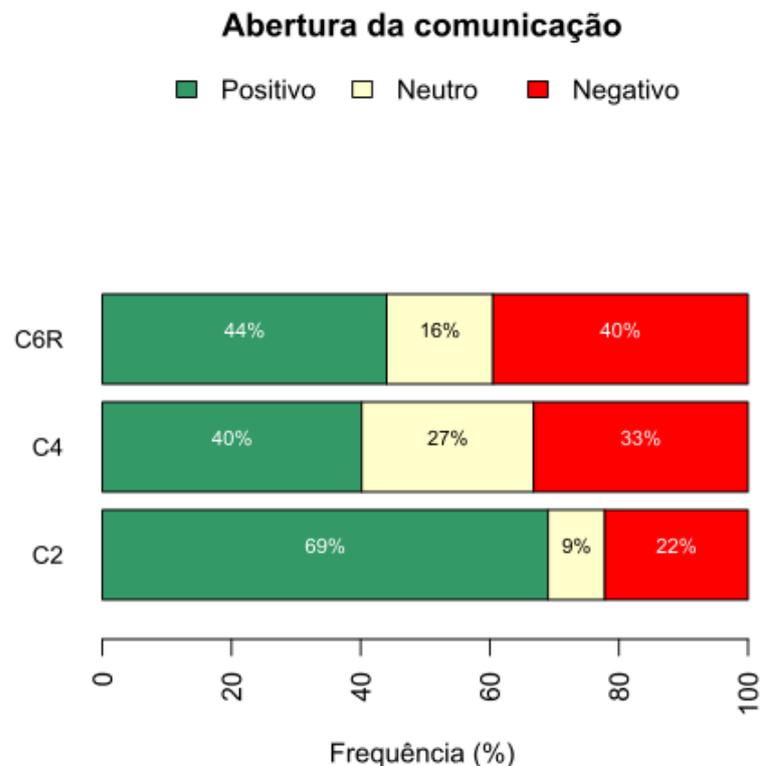
A dimensão ‘Abertura da comunicação’ avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar negativamente um paciente e se eles se sentem à vontade para questionar outros profissionais, mesmo que de hierarquias diferentes (SORRA *et al.*, 2016; SORRA; NIEVA, 2004).

O gráfico 4 mostra a taxa de respostas positivas, neutras e negativas para cada item correspondente no questionário, a saber:

- C2 – Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente

- C4 – Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores
- C6R – Os profissionais não têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo

Gráfico 4 – Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Abertura da comunicação' obtidas por meio do HSOPSC



Os resultados apresentaram 51,5% de respostas positivas, sendo que os itens C4 (40%) e C6R (44%) podem ser caracterizados como itens frágeis desta dimensão. Os participantes tenderam a concordar com todos os itens. Houve diferença significativa do item C2 (*Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente*) em relação aos demais, uma vez que os intervalos de confiança não se sobrepõem, sendo que os indivíduos tenderam a concordar mais com o item C2.

Este dado foi semelhante a um estudo conduzido com a equipe multiprofissional de um hospital público geral no Kuwait, que identificou que uma cultura de culpa e

vergonha impede a transparência e deixa a equipe desconfortável, inclinada a esconder suas fraquezas, em vez de compartilhar suas preocupações (ALQATTAN; CLELAND; MORRISON, 2018).

Nas entrevistas, os participantes demonstraram perceber falhas de comunicação entre profissionais. Há divergências que dificultam a assistência e tempo de trabalho no hospital, considerando que os funcionários mais antigos frustram as tentativas de implementar novas rotinas e se ressentem pela equipe de enfermagem não ser ouvida.

“Precisamos melhorar nossa comunicação. Temos muitas divergências! Divergências estas que dificultam na assistência ao paciente.” (TE15)

“Nesta unidade, o relacionamento multidisciplinar é dificultado pela resistência à mudança de paradigmas por parte dos profissionais mais antigos, o que frustra as tentativas de implementação de novas rotinas em prol da segurança dos pacientes. Por se tratar de uma instituição extremamente política, a antiguidade impõe seu poder.” (TE65)

“A enfermagem não é ouvida pela instituição... Não é não!” (TE8)

A falta de liberdade em questionar os supervisores e/ou chefias gera dúvidas em parte da equipe em relação à normas e rotinas, o que pode engendrar falta de compromisso com a segurança do paciente. Os relatos indicam que as normas são colocadas em prática sem que o grupo entenda seu significado e as internalize como parte de seu trabalho ou que possam, pelo menos, questionar sua importância:

“Eu não gostei muito desta nova escala de predição de quedas, mas a minha chefe falou que é essa escala que o hospital adotou, então é essa que tem que ser seguida.” (TE04)

“Eu não consegui entender o porquê de colocar a data de nascimento na pulseira de identificação. O que isso pode ajudar a minimizar o erro?” (TE11)

De fato, esse problema de falta de liberdade de expressão é frequentemente encontrado em países em desenvolvimento, conforme deduzido por Webair *et al.* (2015), em pesquisa realizada no Iêmen. Conflitos e críticas contra supervisores ou membros da equipe são comumente interpretados como transgressão ou como resistência contra eles, podendo levar à dificuldade de convívio e repressão, de modo que a maioria dos empregados tende a evita-lo.

Dados recebidos pela AHRQ de pesquisas realizadas utilizando o questionário HSOPSC mostram que países desenvolvidos como EUA apresentam percentual positivo elevado para a dimensão 'Abertura da comunicação' (SORRA *et al.*, 2014). Esta discrepância entre os resultados pode estar relacionada a diferenças culturais, especialmente estilos de comunicabilidade. Os americanos tendem a ser mais diretos na comunicação, valorizando a lógica e o pensamento linear e esperam que as pessoas falem francamente e de maneira direta, diferentes de outras populações como a nossa que tendem a ser tradicionalistas nas conversas profissionais e no *feedback*, de modo que críticas não são bem recebidas. Dissemelhanças hierárquicas, relações de poder conflituosas e dissidências no trabalho na saúde têm influenciado diretamente no modo como a comunicação se estabelece. A rigidez da hierarquia, tem sido apontada na literatura como uma barreira da comunicabilidade, pois dificulta o compartilhamento das falhas (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

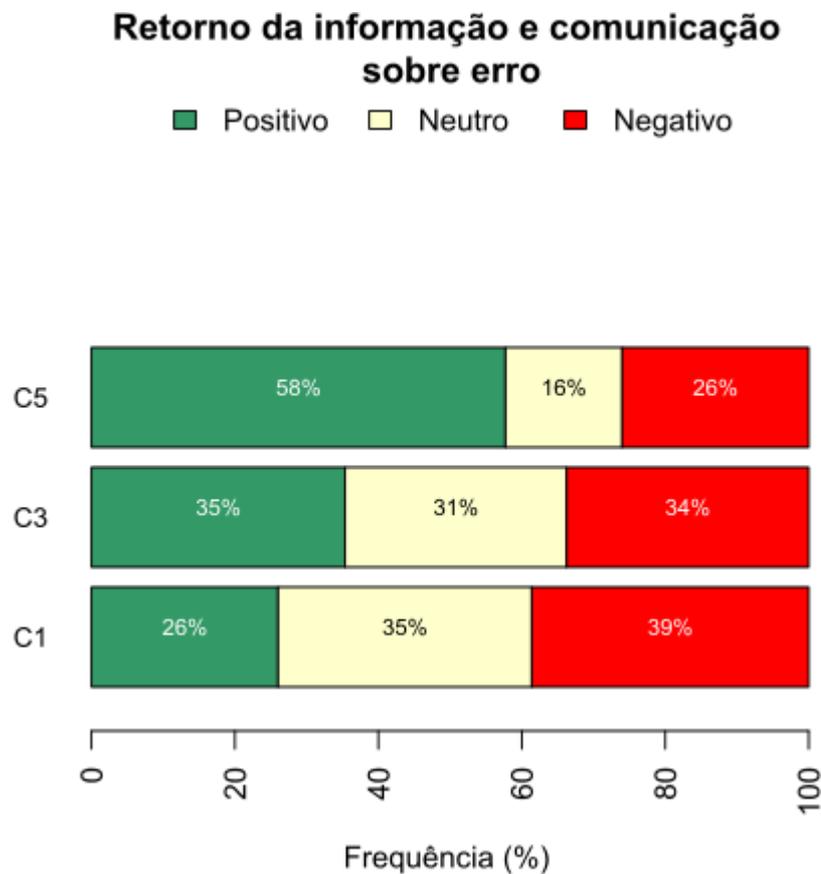
#### 4.3.2 Dimensão 'Retorno da informação e comunicação sobre o erro'

Segundo Sorra *et al.* (2016) e Sorra e Nieva (2004), esta dimensão avalia a percepção dos funcionários em relação à informação sobre erros ocorridos, *feedback* e implementação de mudanças ocorridas após algum evento e discussão de estratégias para prevenção destes.

O gráfico 5 mostra a taxa de respostas positivas, neutras e negativas para cada item correspondente no questionário, a saber:

- C1 – Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos
- C3 – Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade
- C5 – Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente

Gráfico 5 – Porcentagem de respostas para os itens da dimensão ‘Retorno da informação e comunicação sobre o erro’ obtidas por meio do HSOPSC



O item ‘Retorno da informação e comunicação sobre o erro’ apresentou 40,4% de respostas positivas, sendo uma área considerada frágil. Os itens C1 (26%) e C3 (35%) podem ser caracterizados como os itens mais frágeis desta dimensão. Os participantes não apresentaram tendência de concordância no item C1 e tenderam a concordar com os demais itens. Essa heterogeneidade pode ser devido a diferenças de características entre as unidades, tais como chefia e relações hierárquicas. Houve diferença significativa do item C5 (*Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente*) em relação aos demais, uma vez que os intervalos de confiança não se sobrepõem, sendo que os indivíduos tenderam a concordar mais com o item C5.

Este resultado foi fortalecido pelos achados qualitativos, em que os entrevistados mostraram que a cultura da troca de informações para gerar conhecimento e desenvolver um poder crítico-reflexivo apresenta-se incipiente: “Não

ficamos sabendo sobre os erros que acontecem no setor. As informações sobre os erros são diminuídas, principalmente para o plantão noturno.” (QTE32)

A dificuldade de retorno de informações e discussão de erros e sua prevenção pode estar relacionada à falta de operacionalização e preparativos para transmissão de conhecimentos e rotinas.

“Raramente tem reunião. Tem reunião da coordenação com os enfermeiros. Não tem periodicidade fixa. E mais raro ainda é a gente conseguir sentar para repassar essa reunião. Por exemplo: há um tempo atrás a gente teve que fazer um estudo da escala de MORSE, de queda. Pra gente repassar, teve que pegar três plantões, sentar com técnicos de quatro turnos e explicar a escala. É muito repetitivo! E mesmo assim, ficaram faltando três funcionários sem treinar. Eu posso propor para minha coordenadora de reunir na passagem de plantão para pegarmos os técnicos da manhã e tarde. Mas ela terá que arrumar alguém para cobrir o setor durante a reunião, pois toda hora alguém interrompe e é perigoso acontecer alguma intercorrência. Temos que arrumar alguma solução, por exemplo vir alguém de outro setor para cobrir, mas isto é muito raro de acontecer.” (E6)

“Quando tem mudança, geralmente a coordenação faz reunião ou o supervisor de plantão avisa. Mas às vezes descobrimos as coisas por cartazes, sem explicação. Eu estou vendo ali no quadro de avisos em relação ao SBAR. Parece que vai ter essa mudança, pois tem um cartaz explicando, mas não foi falado formalmente com a gente sobre isso.” (TE10)

Há dificuldades não superadas na disseminação de informações sobre erros e sua prevenção, bem como reuniões para implementação de novas rotinas com todo o grupamento, o que pode resultar em baixo comprometimento com as mudanças e situações inseguras na assistência e na continuidade de tratamento dos pacientes. Os relatos mostram que não há um sistema formal de reuniões frequentes, nas quais as pessoas possam elucidar suas dúvidas ou questionar procedimentos e serem esclarecidas, o que afeta a efetivação de rotinas, além de ser pouco respeitoso os profissionais tomarem conhecimento de mudanças pelo quadro de aviso.

No caso relatado acima, a (o) técnica (o) de enfermagem percebeu a apresentação do SBAR no quadro de avisos, mas sem nenhuma orientação da ferramenta. Essa situação é preocupante, pois trata-se de um instrumento de comunicação denominado *Situation, Background, Assessment and Recommendation*;

desenvolvido e utilizado em todo o mundo para aumentar a qualidade da transferência de cuidado entre turnos/plantões e setores e padronizar a troca de informações entre a equipe de saúde (MÜLLER *et al.*, 2018). Seu objetivo principal é auxiliar na criação de um sistema isento de erros, desperdício e atrasos e acredita-se que, para ser alcançado de maneira efetiva, deveria ser realizado um treinamento adequado.

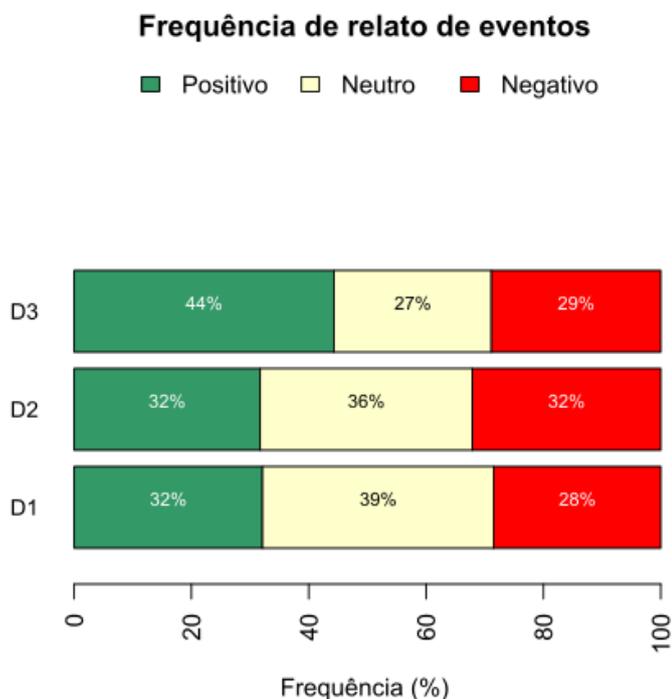
#### 4.3.3 Dimensão 'Frequência de relato de eventos'

A dimensão frequência de eventos notificados relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente (SORRA *et al.*, 2016; SORRA; NIEVA, 2004).

O gráfico 6 mostra a taxa de respostas positivas, neutras e negativas para cada item correspondente no questionário, a saber:

- D1 – Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?
- D2 – Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?
- D3 – Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, com que frequência ele é notificado?

Gráfico 6 – Porcentagem de respostas para os itens da dimensão ‘Frequência de relato de eventos’ obtidas por meio do HSOPSC



Em relação à ‘Frequência de relato de eventos’ houve 45,6% de respostas positivas, sendo considerada uma área frágil da segurança do paciente. Os itens D1 (32%) e D2 (32%) podem ser caracterizados como itens mais frágeis desta dimensão. Os participantes tenderam a concordar com o item D3 e não apresentaram tendência de concordância nos demais itens, o que demonstra diferentes percepções da segurança do paciente entre profissionais da mesma equipe.

No entanto, a equipe tem consciência da importância da notificação e da participação de todos os membros da equipe no processo, porém os relatos dependem da gravidade do evento, evidenciando subnotificação de casos:

“Toda a equipe é orientada a fazer registro disso, até pra gente quantificar. Recentemente, a gente teve um evento durante o ato anestésico. A equipe de anestesia não sabia fazer notificação. Foi um técnico de enfermagem que chegou perto dela e falou: - Doutora, você tem que notificar, porque isso é grave! Poderia ter acontecido tais e tais consequências. Você entra no VIGIHOSP e vai fazer assim e assado. - Ele orientou direitinho! Aqui a gente não restringe a somente um profissional para fazer a notificação. Todos são orientados!” (E1)

“Se for um evento adverso com potencial de dano ou alguma coisa como medicação administrada errada ou uma reação transfusional, primeiro a gente liga pro médico. Pois são coisas que precisam de uma atuação

mais rápida. E depois, a gente faz o registro no VIGIHOSP. Agora, se for uma coisa mais tranquila, que não houve danos como, a farmácia dispensar o medicamento errado, a gente liga pra farmácia e comunica o acontecido.” (E9)

“Quando acontece um evento, é comunicado à chefia imediata. Em relação à notificação, raramente eu vejo fazer. A não ser que seja grave... aliás, nunca aconteceu. Então eu nunca vi fazendo aquela notificação. Mas é comunicado com a chefia imediata e com o médico se for o caso.” (TE4)

Não há conhecimento de todos os profissionais sobre o sistema de notificação e parece haver uma hierarquização do que notificar e do que não é necessário, sendo que um incidente que não causou danos em uma determinada situação, pode vir a causar um evento adverso em outra. Sua ocorrência deveria ser utilizada para aprendizado e prevenção de erros.

No caso do evento adverso relatado, o técnico de enfermagem orientou outro profissional da equipe a realizar a notificação, porque dominava o VIGIHOSP, que é o sistema de notificação eletrônica de eventos adversos utilizado nos hospitais geridos pela Ebserh. Trata-se de um sistema eletrônico complexo e lento, devido ao alto fluxo de informações e que pode ser utilizado por qualquer profissional da instituição. Seus dados são recebidos pelo NSP e enviados para a VISA. O setor de qualidade referiu durante entrevista que houve treinamento com a equipe ao ser instaurado o sistema e além disso, existe um manual de usuário com acesso pela intranet.

“Não, eu não sei mexer. Eu sei que a gente pode fazer, o enfermeiro também pode, mas eu não sei fazer.” (TE10)

“Você tem que tomar as medidas imediatas pra tentar corrigir esse erro para que não gere uma consequência maior para o paciente. E notificar. Principalmente a notificação, que nem sempre ela é feita, sabe? As vezes chega no final do plantão, você já está cansado, desgastado... Outra coisa: já aconteceu de eu entrar no sistema e começar a preencher e por algum motivo o dado desaparece, entendeu? Na hora que você preenche e está terminando, falta um item e você não consegue enviar. Aquilo começa a te frustrar. Ah! Quer saber de uma coisa? Não vou preencher é nada! Porque eu sei que eu vou sentar lá, preencher e quando chegar no final, não vou conseguir enviar o relatório. É lógico que quanto mais dados você tem no relatório da notificação, melhor. Mas tem hora que é inviável! E você não consegue fazer a notificação...” (E2)

Dificuldades ou falta de habilidade no manejo no sistema de notificação e escassez de tempo foram referidos como contratemplos para o relato de eventos. Além de haver inconvenientes durante o uso do sistema, que prejudica a realização da notificação e, algumas vezes, exige retrabalho. A notificação parece não ser ainda uma rotina consolidada.

Pesquisa realizada com equipe multiprofissional de um hospital público universitário no sul da Índia encontrou resultado semelhante (RAJALATCHUMI *et al.*, 2018). Pode-se inferir que a equipe estudada não valoriza a comunicação de incidentes e *near miss*, considerada valiosa para a discussão de prevenção de eventos e também pelo fato de que os erros são apontados como falta de habilidade e raramente encarados como oportunidades de aprendizado. Isto é reforçado na percepção negativa da dimensão 'Respostas não punitivas ao erro'.

Este dado é corroborado por um estudo de caso qualitativo realizado no Reino Unido, no qual os médicos relataram que, como os incidentes são inevitáveis no campo da medicina, seria inútil relatá-los, além de referir que o relato de eventos sobrecarrega a equipe médica com deveres administrativos (WARING, 2005).

Outro fator considerado uma barreira para o relato de eventos adversos é a percepção de que o informe não acarretará em mudanças no sistema, fato comprovado na percepção de debilidade da dimensão 'Retorno da informação e comunicação sobre erro'. Estudo de natureza qualitativa realizado com enfermeiros de hospitais suecos discorre que, mais importante do que ter um sistema de notificação adequado, é a realização de reuniões para discussões dos eventos ocorridos, facilitando o aprendizado com as falhas (RIDELBERG; ROBACK; NILSEN, 2014).

Apesar da equipe ter percebido que a frequência de relato de eventos é uma área frágil, as entrevistas qualitativas demonstraram que a equipe de enfermagem vem trabalhando esta dimensão de certa forma, afirmando que quando o erro é percebido, logo é corrigido e reportado aos membros da equipe. Um estudo de natureza qualitativa realizado por Batalha e Melleiro (2016) com a equipe de enfermagem de um hospital em São Paulo também constatou que os participantes entendem a importância da notificação, porém revelam que há lacunas na comunicação de possíveis intervenções.

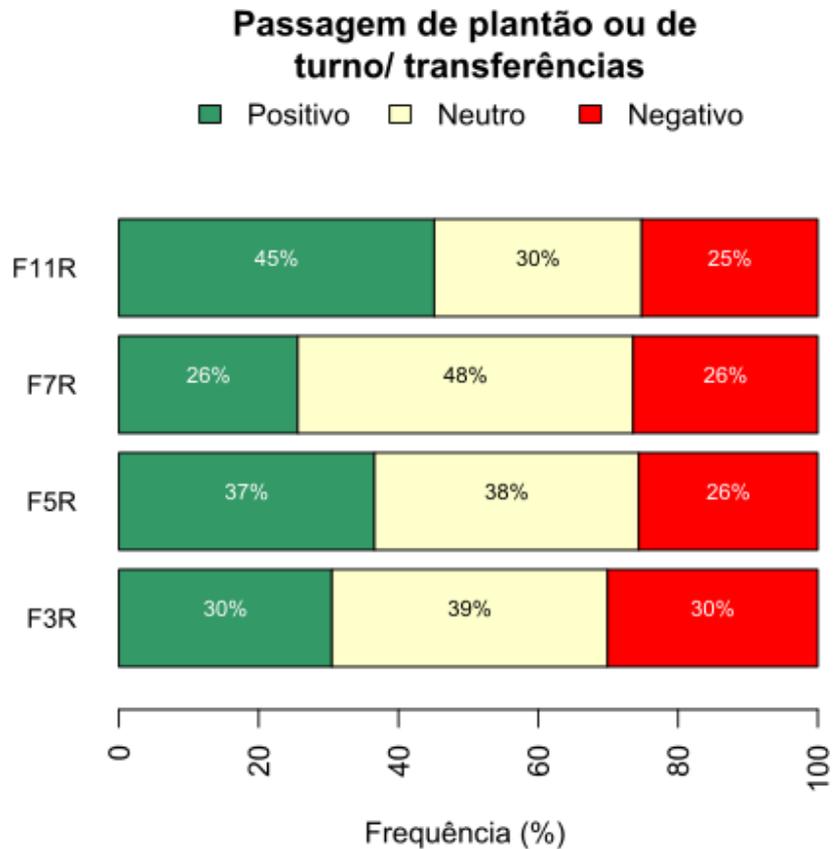
#### 4.3.4 Dimensão 'Passagem de plantão ou de turno/ transferências'

A dimensão 'Passagem de plantão ou de turno/ transferências' avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno (SORRA *et al.*, 2016; SORRA; NIEVA, 2004).

O gráfico 7 mostra a taxa de respostas positivas, neutras e negativas para cada item correspondente no questionário, a saber:

- F3R – O processo de cuidado nunca é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra
- F5R – É raro a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno
- F7R – Raramente ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital
- F11R – Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno não são problemáticas para os pacientes

Gráfico 7 – Porcentagem de respostas para os itens da dimensão ‘Passagem de plantão ou de turno/ transferências’ obtidas por meio do HSOPSC



A dimensão ‘Passagem de plantão ou de turno/ transferências’ apresentou 34,8% de respostas positivas, sendo que todos os itens podem ser caracterizados como pontos frágeis desta dimensão. Os participantes tenderam a concordar com o item F11R, a discordar dos itens F3R e F7R e não apresentaram tendência de concordância no item F5R.

As observações de campo e entrevistas mostraram falhas, tanto nas passagens de plantão dentro das unidades, quanto nas transferências de cuidados entre as unidades, muitas vezes por atrasos dos profissionais nos setores e outras por condutas diferentes entre as unidades, além da falta de padronização de transferência de informações, gerando déficit de cuidado ao paciente.

“A maioria tem um hábito de pegar um papelzinho. Por exemplo, eu vou pegar de um colega meu que ainda não chegou... como eu já pego os meus e mais os do colega, é muita informação! Então eu prefiro pegar um papelzinho e anotar as informações que o colega passou para que

eu não esqueça. É dessa maneira que eu prefiro! A não ser que seja um paciente que não teve nada, nenhuma queixa de dor.” (TE10)

“Quem não participa da passagem de plantão, lê o que foi passado em um caderno de anotação de passagem de plantão.” (TE12)

“A gente tem uma questão assim: - Eu fiquei com esse paciente... – Quase que aquela bobagem toda que não interessa, entendeu? Que acontece para dificultar a passagem de plantão. Essas picuinhas que não deveria existir, mas de vez em quando..., mas a chefe corta logo! E é assim que tem que ser, entendeu?” (TE8)

A passagem de plantão é um momento muito importante do processo de trabalho da saúde, por consistir na transferência da responsabilidade pelos cuidados do paciente, ou grupo de pacientes, para outro profissional. Durante este período, procura-se estabelecer uma comunicação objetiva e clara, a respeito do estado do paciente, além dos assuntos referentes à gestão do seu cuidado, sendo geralmente subsidiada por protocolos que organizam e proporcionam segurança. Apesar da existência de diversos métodos, a comunicação realizada face a face é a mais comum (HOLLY; POLETICK, 2014). Os discursos dos participantes demonstram passagens de plantão desorganizadas e ausência de uma ferramenta que padronize este processo. Observou-se, que há a percepção do caráter empírico, na passagem de plantão pelos participantes, que realizam esta prática baseando-se em conhecimentos e vivências, e não seguem um protocolo. O volume e excesso de informação também foram destacados como lacunas que interferem negativamente na qualidade desta ação, evidenciadas nos discursos.

Pesquisa realizada por Andrade *et al.* (2018), utilizando o HSOPSC para avaliação da cultura em três hospitais, com diferentes tipos de gestão, do Rio Grande do Norte, confirmou que o hospital estadual manifestou 19,7% de respostas positivas em relação à mudanças de turno e transição de cuidado, o hospital federal universitário apresentou 40,7% e o hospital privado 60%, demonstrando que o tipo de gestão interfere nas atitudes dos profissionais, provavelmente pela existência de melhor estrutura.

Vários aspectos foram vivenciados, observados e relatados e que justificam esse nó crítico na troca de informações dos pacientes: espaços físicos inadequados, ambientes conturbados que favorecem desconcentração dos profissionais e

interpretação equivocada das mensagens transmitidas, falta de pontualidade e de organização da passagem de plantão.

Vincent e Amalberti (2016) revelaram que a transição de cuidados é um momento complexo, podendo ocorrer perda de informação essencial, omissão de dados relevantes e falta de consistência da informação, principalmente porque a mente humana é incapaz de lidar com tanta informação sem deixar de funcionar de forma segura e eficaz, ainda mais quando a seleção de informação relevante é subjetiva.

A literatura também aponta que o número inadequado de profissionais é considerado uma barreira para a comunicação eficaz, pois o esgotamento pode provocar distrações e, conseqüentemente, falhas no processo de comunicação (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Para evitar equívocos e perda de informação importante, recomenda-se a implantação de técnicas e ferramentas que possam auxiliar os profissionais de saúde na passagem de informação para assegurar a qualidade da continuidade do cuidado.

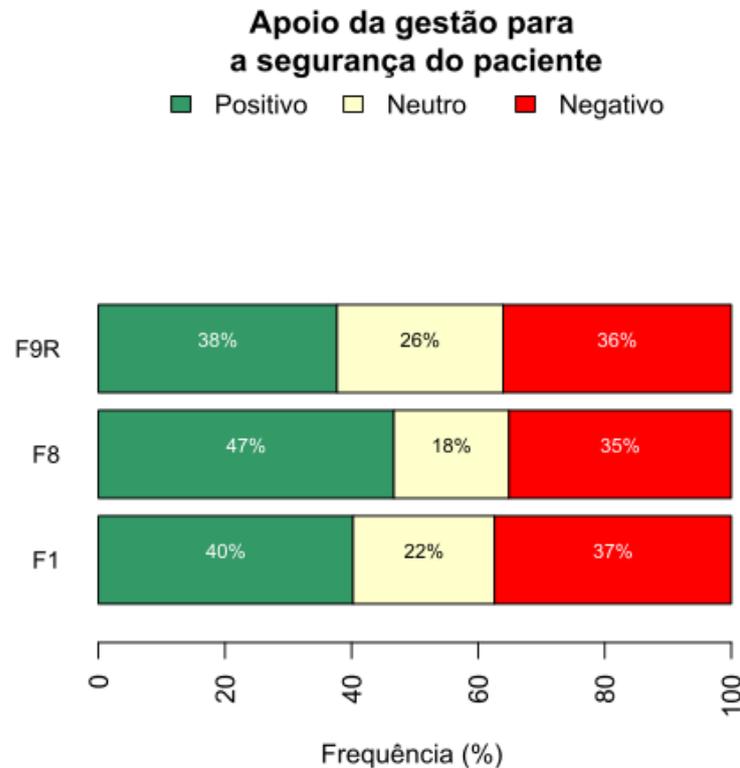
#### 4.3.5 Dimensão 'Apoio da gestão para a segurança do paciente'

De acordo com Sorra *et al.* (2016) e Sorra e Nieva (2004), esta dimensão avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária.

O gráfico 8 mostra a taxa de respostas positivas, neutras e negativas para cada item correspondente no questionário, a saber:

- F1 – A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente
- F8 – As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal
- F9R – A direção do hospital parece interessada na segurança do paciente, mesmo sem a ocorrência de algum evento adverso

Gráfico 8 – Porcentagem de respostas para os itens da dimensão ‘Apoio da gestão para a segurança do paciente’ obtidas por meio do HSOPSC



A dimensão ‘Apoio da gestão para a segurança do paciente’ apresentou 41,8% de respostas positivas e todos os itens podem ser caracterizados como itens frágeis desta dimensão. Os participantes tenderam a concordar com os itens F1 e F8 e não apresentaram tendência de concordância/discordância do item F9R .

O modo como a gestão hospitalar lida com a segurança do paciente, ou seja, se a prioriza dentre outras ações, é refletido e percebido pela equipe de profissionais:

“Primeiro, tem que ser algo institucional! Eu acho que pra dar certo, não adianta partir só de um coordenador orientar sua equipe. Eu acho que a gente tem que entrar na instituição e enxergar que isso é uma premissa da instituição. Você tem que saber que o Hospital das Clínicas preza pela segurança do paciente. Eu acho que isso tem um peso maior quando a gente vê que a instituição como um todo, desde o nível de direção valoriza isso.” (E1)

“Pessoas não estão preocupadas com o paciente em si, e sim em dar fluxo, sem observar a segurança do paciente. O que importa é o médico e não o paciente.” (QTE5)

“Acredito que não é possível pensar sobre segurança do paciente sem pensar no bem-estar da equipe. Sem um espaço para ouvir suas

dificuldades na prestação da assistência. Um hospital que não fornece equipamentos ou material para o problema ser resolvido, invalida nossas tentativas de estimular a equipe. Orientação não resolve tudo! As pessoas não fazem papel de equipamentos e materiais.” (E21)

“A política da instituição tem que ser voltada para isso né? Pra segurança do paciente. E as coisas estão caminhando por agora, pois antes não era muito assim.” (E9)

Observa-se que a segurança do paciente é citada nos discursos, sendo constatada de formas distintas. Alguns relatos denotam a importância da segurança para a instituição, porém não é valorizada da mesma forma por todos os profissionais, o que pode ser resultado das ações da gestão, que prioriza questões financeiras, em detrimento à segurança.

A equipe sente que a gestão trabalha de modo diferente, a depender do momento e do profissional:

“O que eu mudaria seria a forma como as metas estão sendo repassadas para o corpo hospitalar. Ontem, por exemplo, teve auditoria aqui: a enfermagem consegue responder todas as questões e a equipe médica não consegue responder as mesmas perguntas. Por que isso acontece? Tem alguma coisa aí que não está sendo bem conversado! O hospital tem que agir como corpo hospitalar, um corpo para trabalhar de forma coesa e ter um paciente e falar com ele: Você está seguro nesse hospital! A enfermagem sabe trabalhar com risco de queda. Os médicos sabem trabalhar com risco de queda? Isso não é verdade aqui no hospital!” (TE5)

“Percebo que são medidas importantes, mas que precisam ser trabalhadas no contexto fora dessa questão de auditoria. Porque tem as medidas aqui no hospital, fala-se muito nisso, até por causa da questão de acreditação que o hospital busca. A gente percebe que quando é fora da questão de acreditação, muitas vezes não se fala tanto. Como aqui é uma unidade que tem alta rotatividade, funcionários novos, eu acho que deveria sempre estar passando de uma forma um pouco rotineira para que isso se torne mais efetivo, porque geralmente sempre que vai ter uma auditoria é feito capacitação. Mas acho que se fala tanto da segurança do paciente que deveria ter capacitação rotineira sobre isso.” (TE10)

“Ah... infecção hospitalar, infecção hospitalar, você tem que usar capote... você tem que tirar a aliança... Quando não tem capote, ninguém vem! Este era o momento de vir né. Talvez essa era a solução: mostrar pra equipe que se importa! O importante talvez seja isso também: a CCIH vir e falar: - Olha, a gente tá vendo, a gente tá tentando buscar soluções... às vezes você não vai ter solução na hora, você não

vai vir aqui para me dar a solução! Vai vir aqui para dizer que se importa! Já que você se importa com a aliança, se importa tanto de eu usar o capote quando tem... mostra que se importa quando não tem o capote também! Que isso é um problema pra você e que você está tentando resolver igual a gente... talvez venha até buscar solução.” (E3)

Percebe-se um desabafo da participante acerca do sistema de segurança do paciente no hospital e a valorização da enfermagem dentro deste processo, por estar mais próxima do cotidiano do cuidado. Os conteúdos que envolvem a segurança são camuflados pelas questões de auditoria e acreditação, sendo levantada a necessidade de treinamento rotineiro e não apenas durante as visitas dos investigadores. Ressalta-se em relação à exigência do uso do capote, por parte da gestão do controle de infecção, somente quando o material está disponível no hospital. Pode-se inferir que, na falta do material por algum motivo, não é dada a devida importância para o uso do capote na prevenção da infecção.

Estes resultados foram semelhantes ao encontrado em um estudo em um HU no Rio de Janeiro (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2017). Levando em consideração os resultados do estudo misto desta dimensão, infere-se que não há uma demonstração efetiva de que a direção do hospital trata os aspectos da segurança do paciente como primazia. A equipe de enfermagem percebe que os gestores se preocupam de maneira insuficiente com questões referentes à segurança do paciente, revelando uma situação crítica para a administração hospitalar.

Cabe salientar que a falta de apoio da gestão interfere negativamente na implantação de ações que visam a segurança, tendo em vista que o hospital apresenta um organograma formalizado, com distribuição do poder decisório concentrada em um grupo restrito de profissionais, limitando as ações de profissionais que estão na linha de frente do cuidado.

James (2013) explicita que no contexto da saúde hospitalar, é substancial que a direção hospitalar adote uma política de prevenção de incidentes, a fim de elaborar uma base consistente e segura para a tomada de decisão, assim como para o planejamento da segurança do paciente.

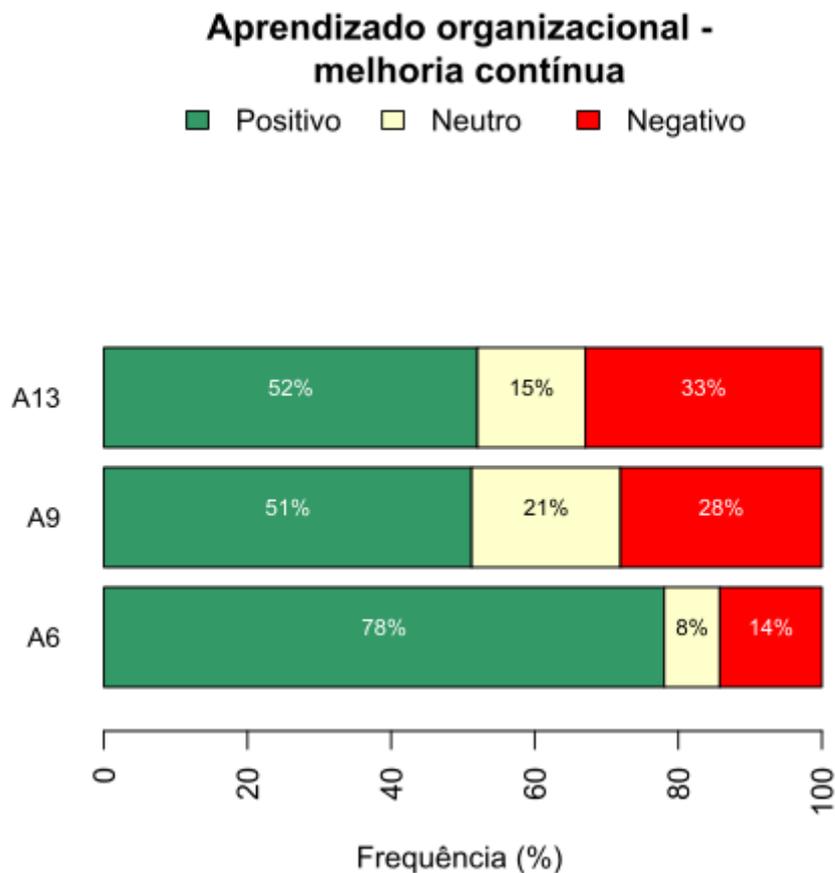
#### 4.3.6 Dimensão ‘Aprendizado organizacional – melhoria contínua’

Sorra *et al.* (2016) e Sorra e Nieva (2004) referem que esta dimensão avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e as mudanças são avaliadas quanto à eficácia.

O gráfico 9 mostra a taxa de respostas positivas, neutras e negativas para cada item correspondente no questionário, a saber:

- A6 – Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente
- A9 – Erros têm levado a mudanças positivas por aqui
- A13 – Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade

Gráfico 9 – Porcentagem de respostas para os itens da dimensão ‘Aprendizado organizacional – melhoria contínua’ obtidas por meio do HSOPSC



A dimensão ‘Aprendizado organizacional – melhoria contínua’ apresentou 60,6% de respostas positivas, podendo-se destacar o item A6 como ponto forte (78,0%) desta dimensão. Os indivíduos tenderam a concordar com todos os itens da dimensão. Houve diferença significativa do item A6 em relação aos demais e A13, uma vez que os intervalos de confiança não se sobrepõem, sendo que os indivíduos tenderam a concordar mais com o item A6.

A equipe de enfermagem revelou, durante as entrevistas, que percebem que suas unidades têm trabalhado na tentativa de melhoria da segurança e a resistência a mudanças foi uma das questões levantadas durante o processo:

“A gente não muda a cabeça das pessoas de um dia pro outro, né. Mas eu acho que já melhorou demais! A questão da conferência, não só conferência de nome do paciente, do registro, não! Conferência de tudo, de uma medicação que vai fazer, de uma preocupação: ele tem uma alergia, ele não tem... então eu achei que a equipe ficou mais crítica. Eu acho isso bom, né!” (E1)

“A gente, na verdade, teve muita resistência! A gente não registrava, a gente não tinha ferramenta, não tinha impresso. Então a gente achava que tomava todas as medidas, mas na verdade a gente não tinha essa questão de ter um *checklist*, dessa conferência. Então no início, eu mesmo tive uma certa resistência. Mas com o passar do tempo e com esse trabalho das auditorias internas, com as visitas educativas, a gente foi percebendo a importância né. O resultado da auditoria gera mudança, por mais resistência que a equipe tenha, ele gera. E a gente tem que ser maduro, adulto bastante e profissional pra saber que a gente precisa melhorar!” (E2)

“A gente já teve uma questão aqui que era de não checar. Tivemos muitos casos de nutrição parenteral sem checar. Aí foi falado em reunião pra gente atentar com relação a isso e realmente teve uma melhora efetiva. Quando é um evento que está acontecendo demais, geralmente procura se resolver. Com relação a isso realmente teve uma melhora efetiva.” (TE10)

“Falta comprometimento profissional no quesito prevenção para diminuir significativamente os erros e os eventos na instituição.” (AE14)

A implementação de medidas que necessitem de mudanças nas condutas e métodos é complexa. Mas os relatos apontam um processo de melhoria contínua com o uso de novas ferramentas voltadas para a segurança do paciente como a sistematização de conferências diversas como identificação e *checklist*. E indicam as auditorias como elemento facilitador do trabalho, sendo um recurso educativo.

Resultados semelhantes foram verificados em um estudo misto realizado com a equipe de enfermagem de um HU da região centro-oeste do Brasil, apontando falhas no processo de aprendizagem após a ocorrência e discussão de falhas, necessidade de melhor qualificação e desenvolvimento de ações de educação permanente nos setores (TOBIAS *et al.*, 2016). O aprendizado organizacional pode ser viabilizado mediante gerenciamento de medidas que priorizem a segurança, direcionem o foco ao problema que gerou o erro e forneçam reconhecimento a profissionais que identificaram erros graves em substituição a cultura da culpa.

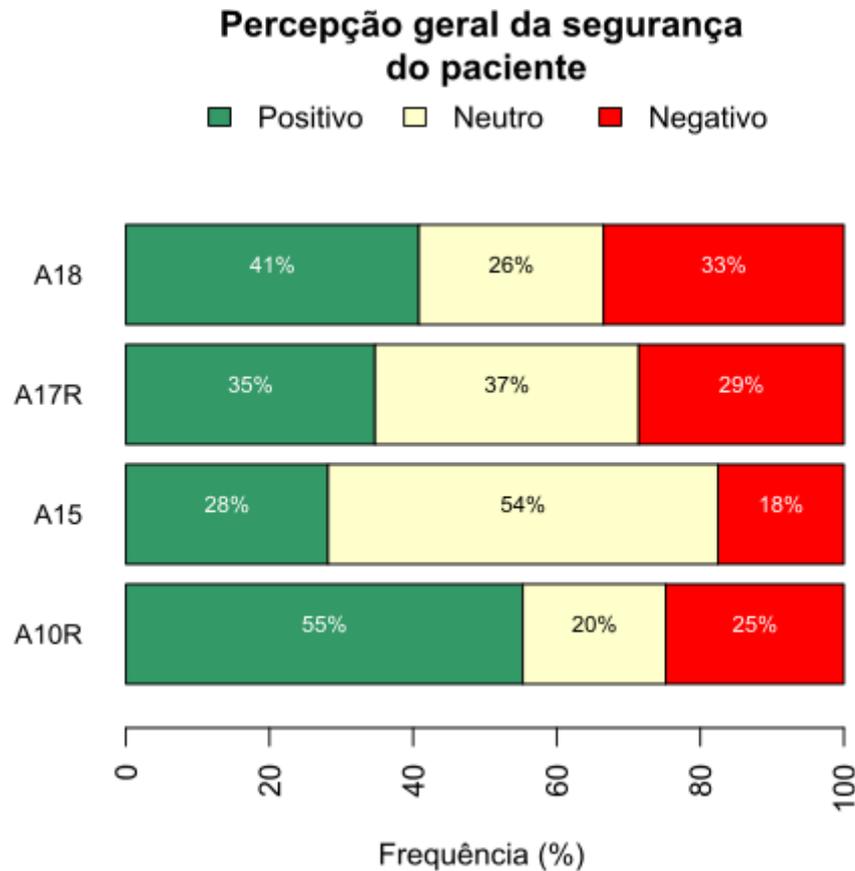
#### 4.3.7 Dimensão 'Percepção geral da segurança do paciente'

A dimensão 'Percepção geral da segurança do paciente' avalia se os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde são bons para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente no hospital (SORRA *et al.*, 2016; SORRA; NIEVA, 2004).

O gráfico 10 mostra a taxa de respostas positivas, neutras e negativas para cada item correspondente no questionário, a saber:

- A10R – Existe um trabalho voltado para a segurança do paciente, e como consequência, erros mais graves não acontecem por aqui
- A15 – A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída
- A17R – Nesta unidade não temos problemas de segurança do paciente
- A18 – Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros

Gráfico 10 – Porcentagem de respostas para os itens da dimensão ‘Percepção geral da segurança do paciente’ obtidas por meio do HSOPSC



A dimensão ‘Percepção geral da segurança do paciente’ apresentou 39,8% de respostas positivas, sendo considerada uma área frágil da cultura de segurança. O item A15 (28%) pode ser caracterizado como item mais frágil desta dimensão. O item A10R (55%) é o único considerado como não frágil desta dimensão. Os participantes tenderam a concordar com os itens A10R e A18, a discordar do item A15 e não apresentaram tendência significativa no item A17R.

Durante o período de pesquisa, percebeu-se que os profissionais têm uma visão de apenas parte do sistema da segurança do paciente, com dificuldades para enxergá-la em sua amplitude e empregar as ações, principalmente na gestão de riscos:

“Eu percebo que na verdade estamos bem distantes do ideal... Por exemplo: as quatro grades elevadas e a cama baixa para evitar o risco de quedas, elas acontecem basicamente quando acontece auditoria.” (E8)

“Eu acho que segurança do paciente é a gente ter um olhar crítico todos os dias, de forma que a gente vai evoluindo e vá percebendo a necessidade de mudança todos os dias, porque eu acho que nunca para. Erros novos sempre vão acontecer e eu acho que é um trabalho diário. A gente ainda está em um processo de construção de protocolos. Mas hoje em dia a gente tem um olhar de que segurança é conferir pulseira, é conferir nome...” (E1)

“Aqui tem muita coisa ainda pra melhorar! Eu acho que já melhorou muito: antes a gente chegava aqui, até o comportamento das pessoas: vai fazer isso pra que? Mas por que? Nossa, mas ninguém faz isso no hospital não!” (E1)

Observa-se que o processo de auditoria camufla mais uma vez a questão da segurança do paciente no cotidiano de trabalho. Os protocolos vêm sendo desenvolvidos na instituição, mas o relato demonstra valorização de apenas uma das metas. Acredita-se que o protocolo de identificação deva ser muito cobrado, visto que foi o único citado por vários participantes durante as entrevistas.

E a segurança do paciente não tem sido abarcada pela equipe como um todo, sendo vista como exclusividade das áreas assistenciais:

“Por ser funcionária na função administrativa, não me sinto capaz de responder algumas questões em relação ao hospital, pois não tenho contato direto com as normas e programas realizados em relação ao cuidado do paciente. Na minha opinião, a segurança do paciente é mais voltada para a área da enfermagem e médica.” (QAA2)

Apesar dos funcionários das funções administrativas estarem inseridos no processo de segurança, subentende-se pelo relato acima, que estes não são capacitados efetivamente em relação ao tema.

Um estudo multicêntrico realizado em centros cirúrgicos de 07 hospitais públicos e privados da Tunísia, encontrou dados semelhantes, por meio do HSOPSC, nesta característica da cultura, sendo o percentual de respostas positivas maiores nos hospitais acreditados (MALLOULI *et al.*, 2017).

Relatos obtidos durante as entrevistas qualitativas, demonstraram uma visão um pouco restrita da segurança do paciente nas unidades, sendo pertinente somente a áreas assistenciais ou estando muitas vezes reduzidas à presença dos protocolos de segurança mais trabalhados como uso da pulseira de identificação nas unidades de internação cirúrgica ou *checklist* de cirurgia segura no CC. Para alcançar uma melhor

percepção geral da segurança do paciente por todas as esferas da organização, torna-se necessário uma sensibilização em relação à segurança que vai além de protocolos padrões.

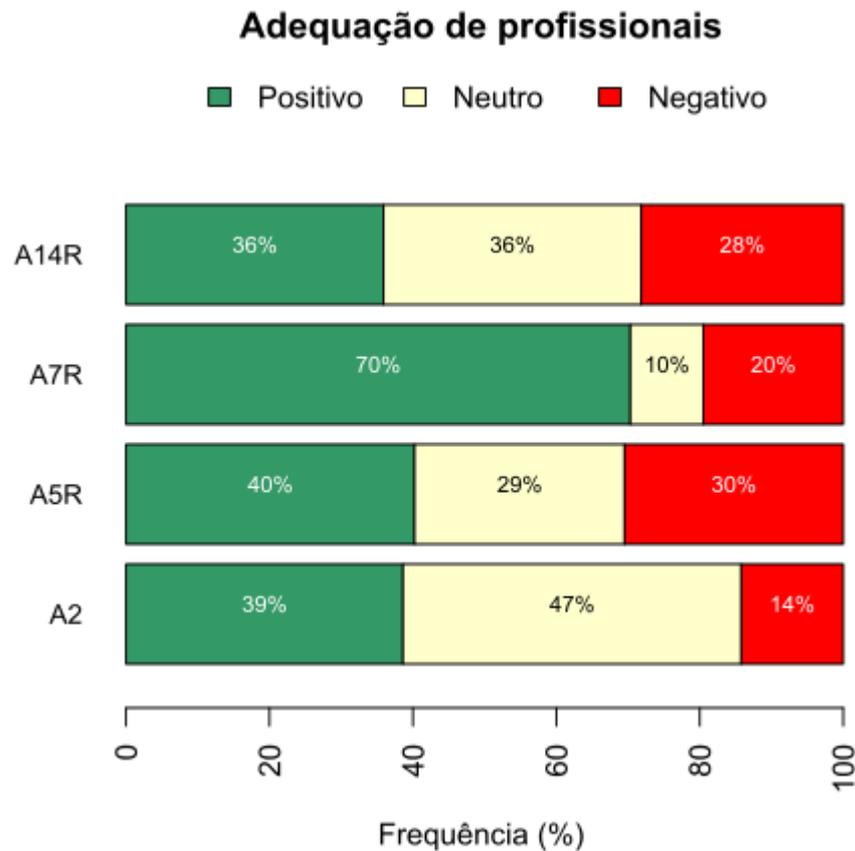
#### 4.3.8 Dimensão 'Adequação de profissionais'

A dimensão sobre adequação de profissionais avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes (SORRA *et al.*, 2016; SORRA; NIEVA, 2004).

O gráfico 11 mostra a taxa de respostas positivas, neutras e negativas para cada item correspondente no questionário, a saber:

- A2 – Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho
- A5R – Os profissionais desta unidade trabalham uma quantidade ideal para o melhor cuidado do paciente
- A7R – Não utilizamos profissionais temporários/terceirizados para o cuidado desejável do paciente
- A14R – Nós não trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido

Gráfico 11 – Porcentagem de respostas para os itens da dimensão ‘Adequação de profissionais’ obtidas por meio do HSOPSC



A dimensão ‘Adequação de profissionais’ apresentou 46,3% de respostas positivas, sendo considerada uma área frágil da segurança do paciente. O item A7R (70%) pode ser caracterizado como ponto forte desta dimensão, em razão do HC contratar profissionais terceirizados somente para os cuidados indiretos como higienização e cargos administrativos como recepcionista e assistente administrativo. Os participantes não apresentaram tendência de concordância dos itens A2 e A14R e tenderam a concordar com os demais itens. Houve diferença significativa do item A7R em relação aos demais, uma vez que os intervalos de confiança não se sobrepõem, sendo que os indivíduos tenderam a concordar mais com o item A7R.

A quantidade de horas trabalhadas, a falta de funcionários e a grande demanda de atendimento foram levantados como insegurança para o paciente:

“A gente percebe que ainda tem alguma coisa muito sutil ali e que às vezes passa... principalmente o dia que tá mais tumultuado! As vezes o dia que está com um servidor de férias e a equipe que já é reduzida, fica

mais reduzida ainda. Na correria do dia a dia, sabe? Então... o risco ainda é grande.” (E2)

“Poucos profissionais para muito trabalho (paciente) que resultam em erro de medicação, principalmente, entre outros. Além do salário baixo, que induz a mais de um emprego, horas extras, cansaço, além do excesso de trabalho que relatei. Resultam em erros que vão para a mídia, expõe o trabalhador, mas não resolvem a raiz do problema.” (AE8)

“Algumas medidas de segurança do paciente, como dupla checagem, isso já é feito. De quimioterapia também, fazemos todas as checagens, conferimos com paciente, nome, identificação de quimioterapia..., mas assim, algumas medidas, muitas vezes, são bem difíceis de serem implantadas, porque a própria rotina não permite, por exemplo avaliar o risco de queda diariamente. A gente não tem profissional pra isso, nem tempo pra fazer isso, pra falar verdade.” (E8)

“Dependendo do setor que você está, você tem que ficar sempre na correria, e dependendo da correria, da demanda que você tem, eu acho que é isso que atrapalha a segurança do paciente. Eu acho que isso deveria ser mais trabalhado: essa parte de funcionário. Outro fator que pode dificultar é a rotatividade profissional.” (TE12)

Pode-se inferir que o baixo percentual obtido nesta dimensão se deve à carga de trabalho a qual estão sujeitos no cotidiano na unidade e ao déficit de profissionais para dar conta da necessidade de cuidado. O mal dimensionamento da equipe de enfermagem e a rotatividade também estão explícitos nos relatos como um nó crítico para a ocorrência de danos, dificultando a implementação de alguns protocolos. Cabe salientar que estes fatores corroboram para a insatisfação e desmotivação no trabalho, que também é configurado como aspecto interveniente na segurança.

Uma abordagem de métodos mistos para avaliação da cultura de segurança, realizada em um hospital na China, também identificou questões relacionadas à alta carga de trabalho, má qualidade de equipamentos e sistema de segurança (LISTYOWARDOJO *et al.*, 2017).

Em revisão bibliográfica, Munhoz (2018), identificou que o estresse e as condições de trabalho foram considerados inadequados em estudos com baixos escores nas respostas dos participantes pesquisados, apontando como fragilidades o quadro de pessoal insuficiente e o fato de ter que trabalhar mais do que o desejado. Esse fator esteve evidenciado nos estudos e associado à ocorrência de incidentes. O estresse ocupacional também foi reconhecido como influência negativa no trabalho.

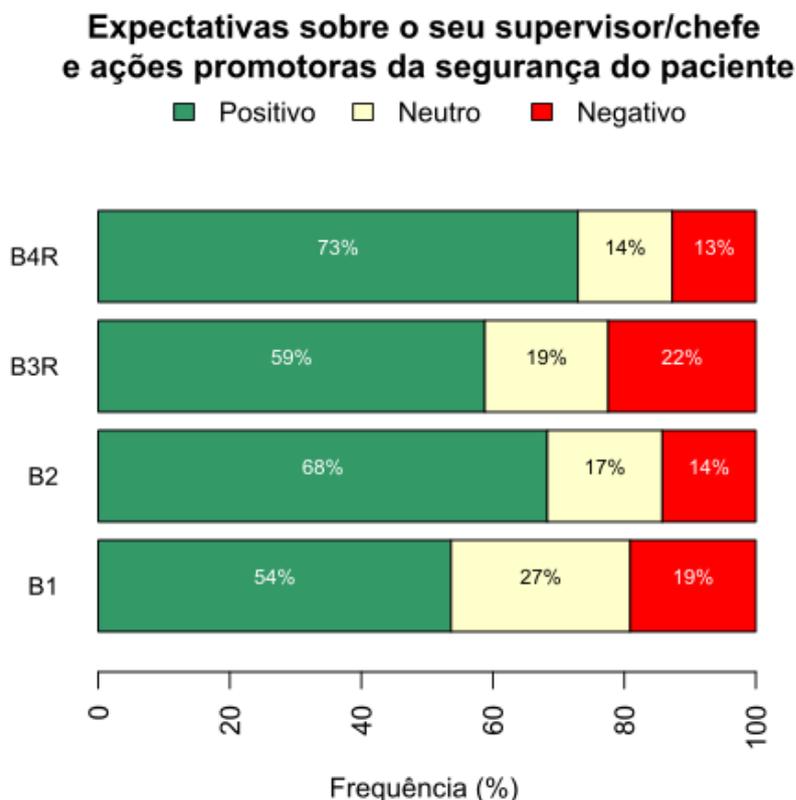
#### 4.3.9 Dimensão 'Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente'

Segundo Sorra *et al.* (2016) e Sorra e Nieva (2004), esta dimensão avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente, reconhecendo a participação dos funcionários para procedimentos de melhoria da segurança do paciente.

O gráfico 12 mostra a taxa de respostas positivas, neutras e negativas para cada item correspondente no questionário, a saber:

- B1 – O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente
- B2 – O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente
- B3R – Mesmo que a pressão aumente, meu supervisor/chefe não exige que trabalhem mais rápido e nem que “pulemos etapas”
- B4R – O meu supervisor/chefe dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente

Gráfico 12 – Porcentagem de respostas para os itens da dimensão ‘Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente’ obtidas por meio do HSOPSC



A dimensão que trata sobre as expectativas sobre o supervisor/chefe e as ações promotoras da segurança do paciente apresentou 63,4% de respostas positivas, sendo o item B4R (73%) caracterizados como o ponto mais forte desta dimensão. Os participantes tenderam a concordar com todos os itens. Houve diferença significativa do item B3R em relação aos itens B2 e B4R, uma vez que os intervalos de confiança não se sobrepõem, sendo que os indivíduos tenderam a concordar menos com o item B2, demonstrando que não são em todas as unidades estudadas que as lideranças ponderam as opiniões do restante da equipe. Ainda, houve diferença significativa do item B1 em relação aos itens B2 e B4R, uma vez que os intervalos de confiança não se sobrepõem, sendo que os indivíduos tenderam a concordar menos com o item B1. Pode-se inferir que os reforços positivos, como um simples elogio, com objetivo de favorecer a segurança do paciente ainda não é amplamente utilizado pelos supervisores. Em estudo realizado em hospitais portugueses para validação do questionário HSOPSC foi encontrado resultados semelhantes (EIRAS *et al.*, 2014).

Alguns discursos demonstram um sentimento de que as opiniões de certos profissionais são ouvidas. Em alguns momentos, durante a vivência das unidades, foi observado dificuldades com equipamentos e espaço físico, que já foram repassados à gestão, sem obter respostas.

“Acredito que as dificuldades que os pacientes enfrentam para deambular quando em soroterapia contínua por bomba de infusão ou com nutrição enteral/parenteral também em bomba de infusão seja um risco para a sua segurança. Pela falta de manutenção nas rodas que compõe o suporte de soro. Penso que isso é um dificultador, pois muitos pacientes são idosos, tem alta dificuldade para manusear um suporte que não desliza, que pesa e mais atrapalha do que ajuda. Alguns por vezes provocando quedas. Algo simples que faria diferença no dia a dia desses pacientes.” (TE10)

“Igual eu te falei: se você coloca placa de segurança no banheiro, se você me dá o material, eu vou achar isto importante. Agora, se você respeita o espaço entre as camas, vai bem falar de infecção hospitalar, porque não pode fazer isso, mas tem leito encostado nas paredes há 20 anos e não muda né.” (E3)

“Acredito em condutas e práticas mais efetivas se pelo menos uma vez por mês os profissionais responsáveis pela condução dos processos participassem de corridas de leito e ouvissem os profissionais, ajudando a propor soluções efetivas.” (QE31)

O discurso mostra que a falta de manutenção em equipamentos predispõe a ocorrência de incidentes. Ressalta-se o fato relatado em relação ao suporte do soro aumentar o risco de queda do paciente, ou seja, a ação do cuidado de enfermagem predispõe ao risco de queda, após um paciente ser estimulado a deambular com um auxílio inadequado. O relato indica também um distanciamento entre a supervisão e os profissionais beira-leito, contribuindo para a hierarquização.

As entrevistas qualitativas destacaram a falta de preocupação e envolvimento com a segurança por parte de alguns supervisores de unidades do HC. Ressalta-se que o líder é o espelho da equipe e o modo como este participa das ações voltadas para a promoção e prevenção da segurança reflete nos outros profissionais. Kawamoto *et al.* (2016) discorrem a importância da gestão descentralizada, compartilhamento dos processos decisórios entre todos os membros da equipe e aproximação dos integrantes para valorização da cultura.

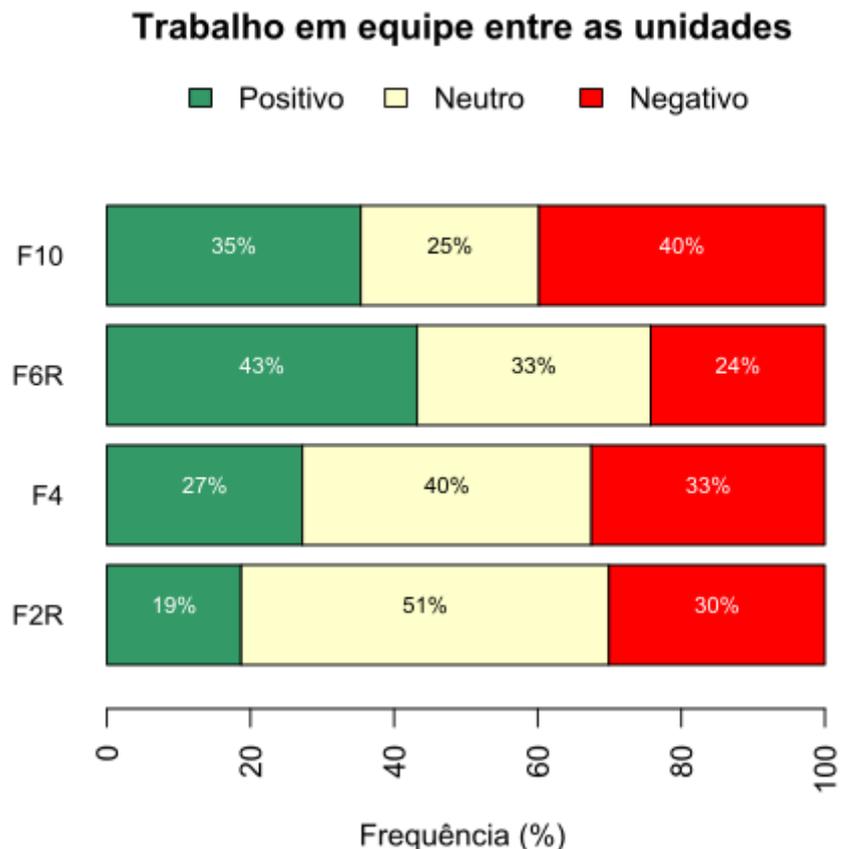
#### 4.3.10 Dimensão 'Trabalho em equipe entre as unidades'

Sorra *et al.* (2016) e Sorra e Nieva (2004) explicam que esta dimensão avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.

O gráfico 13 mostra a taxa de respostas positivas, neutras e negativas para cada item correspondente no questionário, a saber:

- F2R – As unidades do hospital estão bem coordenadas entre si
- F4 – Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto
- F6R – Sempre é agradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital
- F10 – As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes

Gráfico 13 – Porcentagem de respostas para os itens da dimensão 'Trabalho em equipe entre as unidades'



A dimensão que avalia o trabalho em equipe entre as unidades apresentou 31,1% de respostas positivas, sendo que o item F2R pode ser caracterizado o mais frágil. Observado contradição entre os participantes da pesquisa, já que tenderam a concordar com o item F10, porém tenderam a discordar do item F2R e F4. Pode-se inferir, que há uma possível falha na comunicação entre as unidades do hospital, uma vez que os profissionais acreditam que as unidades trabalham bem em conjunto (Dimensão 'Trabalho em equipe dentro das unidades' com porcentagem de respostas positivas de 64,2%), porém não pactuam da opinião de que as unidades se cooperam e possuem boa coordenação. Essa opinião é apoiada pela análise qualitativa, que indicou facilidades nas tarefas individuais e dificuldades nos trabalhos inter-relacionados. Os participantes do estudo não apresentaram tendência de concordância no item F6R. Houve diferença significativa do item F2R em relação aos demais, uma vez que os intervalos de confiança não se sobrepõem, sendo que os indivíduos tenderam a discordar com o item F2R. Pode-se inferir com estas diferenças encontradas que os trabalhadores têm compreensões distintas acerca das relações interpessoais.

Problemas entre as unidades são facilmente percebidos por diferenças de condutas entre elas e problemas de comunicação, dificultando o trabalho em equipe:

“A enfermeira da noite recebeu este paciente era umas duas da manhã. Ele subiu direto! Ninguém tinha pedido esse leito! Aí a internação colocou assim: não foi pedido leito para nós, devolve pro PA. Gente! Isso não é caixa! Me mata quando fala assim: - devolve o paciente! - Ele não é caixa, gente! Ele tem um familiar atrás dele e cada vez que você faz isso, o familiar perde mais a confiança na instituição.” (E3)

“Outro dia, um paciente foi fazer um exame e voltou com uma seringa conectada no acesso, sem identificação do que tinha dentro... eu tirei foto pra notificar e liguei lá no outro setor, porque eu gostaria que fizesse comigo. Se o erro é do meu setor, me dá a chance de poder notificar, porque isso mostra aquela coisa assim: eu tô assumindo o erro! Porque era isso que eu esperava que a outra enfermeira fizesse. Eu liguei e ela respondeu: - Ah tá! Erro meu! Pode jogar a seringa fora! - Tudo bem... erro meu e fica por isso mesmo, até de notificar... Até de falar assim: - Você vai notificar ou eu vou notificar? Assim... igual eu te falei: eu acho que isso é uma questão até de caráter.” (E3)

“Outro dia, o paciente ficou em jejum pra fazer embolização. Chegou lá no setor é que falaram: -A gente não tem o material para fazer – É claro que o paciente chega chateado! Olha o caminho todo! Passou por todo... não é por falta de vaga do CTI porque isso podia mudar de um dia para

o outro, né, mas material, não! Isso é algo previsível. No momento em que o paciente desceu é que foram avisar que não tinha. É por isso que o paciente vai sair, vai falar, vai questionar a saúde! Tá um caos, tá um caos, mas a gente ainda consegue tornar pior... Isso era uma coisa evitável!" (E3)

O trabalho em equipe entre as unidades implica na segurança do paciente, principalmente quando as informações são negligenciadas pela equipe durante este processo. Os relatos revelam falhas na comunicação, relacionadas à falta de contato para internação do paciente, ausência de identificação de medicamentos e privação de dieta e hidratação por via oral desnecessária para realização de um exame, interferindo negativamente na qualidade do cuidado prestado.

Esta característica da cultura envolve questões relacionadas à organização entre as equipes no hospital e a sua consolidação é essencial para a continuidade do cuidado de qualidade ao paciente. Resultados semelhantes foram encontrados em um hospital de ensino público do Paraná (BOHRER *et al.*, 2016), demonstrando que a deficiência apontada no trabalho em equipe entre profissionais de diferentes unidades é preocupante. Nogueira e Rodrigues (2015) explicam que a pluralidade na formação dos diversos profissionais da área da saúde; a tendência de uma mesma categoria profissional se comunicar mais uns com os outros; e o efeito da hierarquia, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade são reverses encontrados para uma comunicação efetiva e conseqüentemente melhoria da relação entre as unidades.

Falhas na comunicação foram muito apontadas nos discursos da equipe de enfermagem, demonstrando uma imprescindibilidade de melhor interação entre os diversos segmentos hospitalares, visando garantir uma plenitude do cuidado. Esta conclusão é apoiada pela análise qualitativa de um estudo misto realizado na China, que percebeu que a colaboração entre as equipes era insatisfatória devido a diferenças de prioridades e expectativas entre os setores e seus profissionais (LISTYOWARDOJO *et al.*, 2017). O mais preocupante é que essas desigualdades resultam em obstáculos para a prestação de cuidados, o que reduz a qualidade e a segurança no atendimento. Kristensen *et al.* (2015) relataram que a implementação de um sistema de gestão da qualidade eficaz é importante para promover o trabalho em equipe e o clima de segurança.

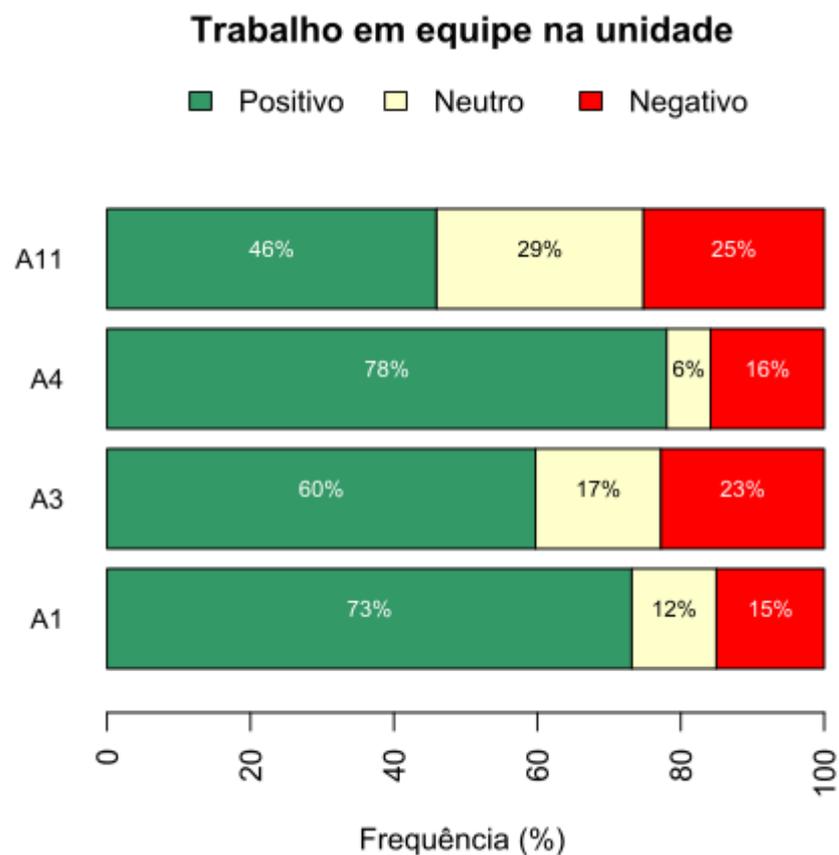
#### 4.4.11 Dimensão ‘Trabalho em equipe dentro das unidades’

A dimensão ‘Trabalho em equipe dentro das unidades’ define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe (SORRA *et al.*, 2016; SORRA; NIEVA, 2004).

O gráfico 14 mostra a taxa de respostas positivas, neutras e negativas para cada item correspondente no questionário, a saber:

- A1 – Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras
- A3 – Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente
- A4 – Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito
- A11 – Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam

Gráfico 14 – Porcentagem de respostas para os itens da dimensão ‘Trabalho em equipe dentro das unidades’ obtidas por meio do HSOPSC



A dimensão que explora o trabalho em equipe dentro das unidades apresentou 64,2% de respostas positivas, podendo-se destacar o item A4 como ponto forte (78%) e o item A11 (46%) como ponto frágil desta dimensão. Os discursos da equipe de enfermagem corroboram para esta diferença:

“A equipe daqui é muito boa de trabalhar. Eu acho que a equipe de enfermagem tem um pouco mais de facilidade, até mesmo pela sua formação. A equipe médica tem suas dificuldades, porque eu acho que isso não é tão enfatizado na formação deles. Mas é uma equipe aberta. Então não vejo dificuldades em trabalhar isso com eles.” (E1)

“Uma das questões que eu acho que dificulta um pouco porque os residentes são rotativos. Então depende muito de quem está orientando o próximo grupo para que o trabalho tenha continuidade. Então, às vezes, tem as mesmas brigas: a ortopedia chega e sai abrindo os curativos e deixando aberto.” (E3)

As entrevistas qualitativas mostraram que o trabalho em equipe dentro das unidades é vivenciado, contudo algumas questões necessitam de melhorias para que se torne uma área forte dentro da cultura de segurança:

“A gente sentou a equipe de enfermagem, a equipe médica e a equipe administrativa também e aí juntos desenhamos como é o fluxograma dentro do setor.” (E1)

“Quando a gente tem dúvida em relação ao que o técnico passou... não tem em lugar nenhum escrito! Você procurou e não encontrou! Aí, você vai na enfermeira, mas às vezes nem ela sabe! Porque eles vão de médico pra médico, conversam entre eles lá, resolvem, comunicam o paciente e o acompanhante e a gente não fica sabendo de nada! Hoje em dia, muitas vezes a enfermeira passa de um pra outro: - Paciente vai fazer um exame. – Você sabe qual? – Infelizmente eu não sei! Vou ligar pro médico! – A enfermeira liga para o médico e ele responde: - Ah! Não sei não! Deixa de jejum porque ele vai fazer algum exame. Acontece isso!” (TE2)

Os depoimentos demonstram facilidades e dificuldades para a ocorrência do trabalho em equipe dentro das unidades cirúrgicas. Entre os obstáculos mencionados, ressalta-se a dificuldade de comunicação entre a equipe médica e de enfermagem e a rotatividade dos residentes, que possuem comportamentos diferentes a depender do orientador. As decisões clínicas tomadas pelos médicos não são repassadas aos demais profissionais do setor, fragmentando o cuidado e o trabalho em equipe.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo multicêntrico realizado com equipe multiprofissional em três hospitais universitários da Tunísia, constatando que o trabalho em equipe é um processo dinâmico que contribui para a melhoria da qualidade e, conseqüentemente, a diminuição dos eventos adversos (MALLOULI *et al.*, 2017). De acordo com Johnson e Kimsey (2012), a potência do trabalho em equipe significa trabalhar com diversas pessoas, com múltiplas habilidades e conhecimentos para a gestão de um problema em comum e, para que as equipes trabalhem o seu melhor, todos os membros devem compreender as competências, aptidões e potenciais de cada um dos seus colegas.

A literatura tem indicado ferramentas consideradas relevantes para o trabalho em equipe e a comunicação. Uma delas, sugerida para uso no CC: o *briefing* e *debriefings*, utilizado antes e depois da execução de determinadas cirurgias. Antes dos procedimentos são discutidos vários assuntos que podem ser geradores de problemas, como dificuldades e técnicas esperadas, e após são discutidos os problemas identificados e a forma como a equipe lidou com eles (JOHNSON; KIMSEY, 2012).

#### 4.4.12 Dimensão 'Respostas não punitivas aos erros'

A dimensão sobre respostas não punitivas aos erros avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais (SORRA *et al.*, 2016; SORRA; NIEVA, 2004).

O gráfico 15 mostra a taxa de respostas positivas, neutras e negativas para cada item correspondente no questionário, a saber:

- A8R – Os profissionais não consideram que seus erros podem ser usados contra eles
- A12R – Quando um evento é notificado, o foco recai sobre o problema e não sobre a pessoa
- A16R – Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais

Gráfico 15 – Porcentagem de respostas para os itens da dimensão ‘Respostas não punitivas aos erros’ obtidas por meio do HSOPSC



A dimensão que analisa sobre respostas não punitivas aos erros apresentou a área mais frágil da cultura de segurança do paciente com 19,1% de respostas positivas, sendo que todos os itens podem ser caracterizados como pontos frágeis desta dimensão.

Uma cultura de culpabilização do indivíduo foi claramente identificada durante as entrevistas qualitativas, mesmo com o reconhecimento das dificuldades que ela traz.

“... Depende do profissional do evento, porque às vezes pode acontecer, né? O profissional pode se sentir acobrado, ou com medo e de repente não relatar o evento adverso e isso é uma possibilidade. Não tem como fugir disso! Eu acho que isso tem que ser trabalhado! Trabalhado essa mudança de cultura!” (TE5)

“Você pode ser um excelente funcionário, mas se você errar, na área da saúde... Você pode chegar há 30 anos de função, sendo um profissional exemplar, se você fizer uma medicação errada e matar um paciente, acabou 60 anos!” (TE9)

“Na minha opinião, algumas pessoas só apresentam um pouco de preocupação quando algum erro pode ser usado contra ele.” (QTE27)

“Eu acho que existe um esforço sim, mas a cobrança ela é muito em cima do pessoal, dos funcionários. O que eu falo sempre com os meninos é o seguinte: que errar, todo mundo vai errar mesmo! Não tem como exigir isso de ninguém! Mas o que mostra o que a pessoa é, é a conduta que ela tem depois que isso acontece.” (E3)

Os discursos revelam que os profissionais têm medo da punição após a ocorrência de eventos. Subentende-se que este é um fator que favorece a não notificação de eventos e desencoraja o relato do erro pelos profissionais. O fator humano é levantado como o único desencadeador de danos, sem levar em conta os outros sistemas envolvidos e impossibilita a identificação de problemas nos processos de trabalho que podem ter contribuído para o incidente. Segundo Reason (2000), essa cultura punitiva, com foco na pessoa, negligencia o fato de que os erros podem ser cometidos pelas melhores pessoas e o mesmo conjunto de circunstâncias pode provocar erros semelhantes, independente das pessoas envolvidas.

Por sua vez, este tipo de comportamento desencoraja os profissionais a comunicarem seus erros e por consequência impede o aprendizado organizacional a partir da ocorrência dos mesmos. Nesse estudo o percentual baixo de respostas positivas obtido na dimensão ‘Respostas não punitivas aos erros’ é coerente com o elevado percentual de profissionais que afirmaram não ter notificado nenhum evento nos últimos doze meses.

Estudos realizados, utilizando o HSOPSC, em diversos países como Brasil (BORBA NETTO; SEVERINO, 2016), EUA (HEFNER *et al.*, 2017), Etiópia (WAMI; DEMSSIE; WASSIE; AHMED, 2016), Omã (AL-MANDHARI *et al.*, 2014), Arábia Saudita (EL-JARDALI *et al.*, 2014), Portugal (EIRAS *et al.*, 2014, FASSARELLA *et al.*, 2018), Irã (DAVOODI *et al.*, 2013), Palestina (HAMDAN; SALEEM, 2013), França (OCCELLI *et al.*, 2013), Egito (ABOUL-FOTOUH *et al.*, 2012), Turquia (BODUR; FILIZ, 2010) e Líbano (EL-JARDALI *et al.*, 2010) obtiveram percentuais de respostas positivas semelhantes nessa dimensão. Outros estudos realizados no Brasil (ANDRADE *et al.*, 2018), China (WANG; TAO, 2017), Tunísia (MALLOULI *et al.*, 2017), Japão (FUJITA *et al.*, 2014), Eslovênia (ROBIDA, 2013), México (CASTANEDA-HIDALGO *et al.*, 2013), Sri Lanka (AMARAPATHY *et al.*, 2013), Suécia (NORDIN *et*

*al.*, 2013), Egito (ABDELHAI; ABDELAZIZ; GHANEM, 2012), Itália (BAGNASCO *et al.*, 2011), Bélgica (HELLINGS *et al.*, 2010), também apresentaram uma fragilidade maior nesta dimensão, obtendo uma % de respostas positivas um pouco maior, em torno de 30 a 40%.

Isto demonstra que a cultura da culpabilidade, na qual o erro é encarado como algo pessoal, vergonhoso e que merece ser tratada com punição, ignorando os erros do sistema, constitui um desafio para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente entre profissionais de hospitais do mundo todo, tornando-se uma área de prioridade de trabalho.

Considerou-se como limitações desta pesquisa: baixa adesão dos médicos para preenchimento do questionário, tornando inviável atingir o número exato desta categoria profissional na amostra, o que seria necessário para garantir a representatividade dos achados sobre a cultura de segurança do paciente no HC, apesar dos esforços realizados pelas pesquisadoras na tentativa de estimular a cooperação. Outra limitação foi a não participação da equipe médica nas entrevistas qualitativas, caracterizando importante perda amostral e privação da percepção de parte da equipe responsável pelo cuidado direto com o paciente.

*Conclusão*

## 5. CONCLUSÃO

A avaliação da cultura de segurança do paciente tem sido objeto de estudos no mundo todo e utilizada para verificação de necessidades de intervenções de segurança com vistas a fortalecer a cultura. O objetivo desta pesquisa foi analisar a cultura de segurança do paciente na visão dos profissionais da equipe de saúde que prestam atendimento direta ou indiretamente aos pacientes cirúrgicos em um hospital de ensino da rede pública de Belo Horizonte. Nesse sentido, o objetivo do estudo foi alcançado.

A estratégia de utilizar métodos mistos mostrou-se bastante eficaz para elucidar aspectos da cultura de segurança de pacientes cirúrgicos. O estudo não evidenciou nenhuma área da cultura de segurança considerada como fortalecida e revelou uma cultura de segurança frágil na maior parte dos aspectos da cultura, porém vislumbrou áreas de potencialidades com vistas à segurança. As quatro áreas da cultura com percentual médio mais elevado com respostas positivas foram o trabalho em equipe dentro das unidades, expectativas sobre o supervisor/chefe, a aprendizagem organizacional e melhoria contínua e abertura da comunicação. Já, as áreas com menores respostas positivas foram adequação de profissionais, apoio da gestão para a segurança do paciente, frequência de relato de eventos, retorno da informação e comunicação sobre o erro, percepção geral da segurança do paciente, passagens de plantões e transferências de cuidados, trabalho em equipe entre as unidades e respostas não punitivas aos erros.

Os resultados originários da abordagem qualitativa deram suporte e validaram os achados quantitativos. Permitiram conhecer as ideias e experiências da equipe de enfermagem, relacionadas à segurança do paciente, bem como descrever as expectativas e necessidades para melhorar a cultura de segurança do paciente. As entrevistas contribuíram de forma considerável para desvendar aspectos que repercutem na assistência segura, como: falta de recursos; dimensionamento de pessoal inadequado; desconhecimento de alguns protocolos instituídos pelo NSP; falta de resolutividade nas ações dos gestores; modelo de gestão que privilegia a hierarquia; falta de feedback; problemas de comunicação; distanciamento entre os gestores e a equipe; ações da gestão e liderança restritas à cobranças da acreditadora; dificuldades referentes à coordenação do trabalho em equipe entre as

unidades; falta de treinamento e educação continuada e diferenças significativas entre unidades e equipe multiprofissional. Infere-se que esses aspectos permeiam o ambiente, a história e a cultura local e foram pautados como fatores relacionados à baixa percepção dos profissionais da equipe multiprofissional sobre a segurança do paciente.

A análise integrada dos resultados no método misto, possibilitou a elaboração de inferências revelando a presença de uma abordagem punitiva, o que justifica a não notificação de falhas. A abordagem punitiva frente ao erro limita a instituição de analisar os dados obtidos com as falhas e impede a utilização e ou transformação destes, em conhecimento para aplicá-lo e promover mudanças sustentáveis na promoção da segurança do paciente e na prevenção da ocorrência de novos incidentes, erros, *near miss* e eventos adversos por meio do redesenho dos processos que compõem o complexo sistema de prestação do cuidado em saúde.

Destaca-se que as organizações têm a responsabilidade de entender os comportamentos da equipe e desafiá-los quando ocorre desalinhamento com os valores da instituição. Para tal, torna-se necessário elencar ações para aprimorar a construção de uma cultura de segurança similar entre as categorias profissionais e estudar as falhas ocultas existentes na estrutura ou no sistema para substituição da cultura punitiva pela cultura justa, de responsabilização e de aprendizagem. Considerando o cenário estudado sendo um hospital de ensino, reforça-se ser essencial a inclusão da temática de segurança do paciente na formação dos profissionais de saúde. Sugere-se a realização de adaptações na plataforma de notificação de eventos adversos, tornando seu uso mais prático no cotidiano complexo das unidades. Torna-se também necessário a oportunização de táticas e estratégias levantadas pela equipe de enfermagem durante as entrevistas como realização de treinamentos em equipe, visando otimizar os processos de trabalho, melhorar a comunicação, a colaboração e a liderança. Por fim, recomenda-se a realização de discussões interdisciplinares, com a participação dos gestores e provedores do cuidado da linha de frente.

Espera-se que este estudo, que trouxe a percepção da equipe cirúrgica multiprofissional em relação à segurança do paciente em suas unidades de trabalho, seja explorado para realização de ações necessárias para promover transformações na prática. Sugere-se a realização de novas pesquisas em outras unidades do

hospital, contemplando outros profissionais que fazem parte do cuidado direto e indireto como equipe de nutrição, farmácia e setores de apoio: ambulatório, radiologia, patologia e outros; e estudos de comparação das dimensões da cultura de segurança entre categorias profissionais.

*Referências*

## REFERÊNCIAS

ABDELHAI, R.; ABDELAZIZ, S. B.; GHANEM, N. S. Assessing patient safety culture and factors affecting it among health care providers at Cairo University Hospital. **S. J. Am. Sci.**, v. 8, n. 7, p. 277-285, 2012.

ABOUL-FOTOUH, A. M. et al. Assessment of patient safety culture among healthcare providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt. **East. Mediterr. Health J.**, v. 18, n. 4, p. 372-377, 2012.

ABOUMATAR, H. J. et al. Towards high-reliability organising in healthcare: a strategy for building organisational capacity. **BMJ Qual. Saf.**, v. 26, n. 8, p. 663-670, 2017.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Estimating the additional hospital inpatient cost and mortality associated with selected hospital-acquired conditions**. Rockville, MD: AHRQ, 2017.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **National healthcare quality report**. Rockville, MD: AHRQ, 2003.

AGNEW, C.; FLIN, R. MEARNS, K. Patient safety climate and worker safety behaviours in acute hospitals in Scotland. *Journal of Safety Research*, v. 45, p. 95-101, 2013.

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

ALQATTAN, H.; CLELAND, J.; MORRISON, Z. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. **J. Taibah Univ. Med. Sci.**, v. 13, n. 3, p. 272-280, 2018.

AMARAPATHY, M. et al. Factors affecting patient safety culture in a tertiary care hospital in Sri Lanka. *International Journal of Scientific & Technology Research*, v. 2, n. 3, p. 173-180, 2013.

ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 1, p. 161-172, 2018.

ARCHIBALDI, M. M. Investigator triangulation: a collaborative strategy with potential for mixed methods research. **J. Mix. Methods Res.**, v. 10, n. 3, p. 228-250, 2016.

BAGNASCO, A. et al. Patient safety culture: an Italian experience. **J. Clin. Nurs.**, v. 20, n. 7-8, p. 1188-1195, 2011.

BARBOSA, M. H. et al. Clima de segurança do paciente em um hospital privado. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 25, n. 3, e1460015, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARRETO, L. M. T. S. et al. Cultura organizacional e liderança: uma relação possível? **Rev. Adm.**, v. 48, n. 1, p. 34-52, 2013.

BATALHA, E. M. S. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Rev.**, v. 42, n. 2, p. 133-142, 2016.

BAUMAN, Z. **Ensaio sobre o conceito de cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

BAZZAN, C. **A eminente implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares ainda gera dúvidas**. Associação Paulista de Medicina - Notícias em Destaque 14/11/2012. Disponível em: <<http://www.apm.org.br/noticias-conteudo.aspx?id=8782>>. Acesso em: 15 out. 2018.

BODUR, S.; FILIZ, E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. **BMC Health Serv. Res.**, v. 10, 28, jan. 2010.

BOHRER, C. D. et al. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 6, n. 1, p. 50-60, 2016.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Blucher, 2005.

BORBA NETTO, F. C.; SEVERINO, F. G. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v. 29, n. 3, p. 334-341, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013. (Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, v. 1).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília: ANVISA, 2017. (Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, v. 7).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA, 2016. (Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, v. 6).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução 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: ANVISA, 2013.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196/96. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 25, e2849, 2017.

CASTAÑEDA-HIDALGO, H. et al. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. **Cienc. Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 77-88, 2013.

CAVALCANTE, A. K. C. B. et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Rev. Cuba. Enferm.**, v. 31, n. 4, 2015.

CAVALCANTE, A. K. C. B. et al. Cultura de segurança na percepção da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 10, p. 3890-3897, 2016.

CHEVREAU, F. R. **Maîtrise des risques industriels et culture del sécurité: le cas de la chimie pharmaceutique**. 2008. 286 f. Tese (Doutorado)-École Nationale Supérieure des Mines de Paris, Paris, 2008. Disponível em: <<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00360174>>. Acesso em: 09 out. 2018.

COSTA, M. A.; MOTA, J. A. C.; FIGUEIREDO, R. C. P. Hospital das Clínicas da UFMG: da origem como hospital de ensino à inserção no Sistema Único de Saúde. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 18, n. 3, p. 212-219, 2008.

COSTA, D. B. da et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v. 27, n. 3, e2670016, 2018.

CRESWELL, J. W. et al. **Best practices for mixed methods research in the health sciences**. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2011. p. 2094-2103.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DAL-FARRA, R. A.; LOPES, P. T. C. Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. **Nuances: Estud. Educ.**, v. 24, n. 3, p. 67-80, 2013.

DARE, A. J. et al. Global surgery: defining an emerging global health field. **Lancet**, v. 384, n. 9961, p. 2245-2247.

DAVIES, H. T.; NUTLEY, S. M.; MANNION, R. Organisational culture and quality of health care. **Qual. Health Care**, v. 9, n. 2, p. 111-119, 2000.

DAVOODI, R. et al. Patient safety culture based on medical staff attitudes in Khorasan Razavi hospitals, Northeastern Iran. **Iranian Journal of Public Health**, v. 42, n. 11, p. 1292-1298, 2013.

EFRON, B.; TIBSHIRANI, R. J. **An Introduction to the bootstrap**. New York: Chapman & Hall, 1993.

EIRAS, M. et al. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 27, n. 2, p. 111-122, 2014.

EL-JARDALI, F. et al. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 22, n. 5, p. 386-395, 2010.

EL-JARDALI, F. et al. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 122, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975247/?tool=pubmed>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

FAN, C. J. et al. Association of safety culture with surgical site infection outcomes. **J. Am. Coll. Surg.**, v. 222, n. 2, p. 122-128, 2016.

FASSARELLA, C. S. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente: estudo comparativo em hospitais universitários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 52, e03379, 2018.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate in health care. **Qual. Saf. Health Care**, v. 15, n. 2, p. 109-115, 2006.

FORERO, C. G.; MAYDEU-OLIVARES, A.; GALLARDO-PUJOL, D. Factor analysis with ordinal indicators: A Monte Carlo study comparing DWLS and ULS estimation. **Structural Equation Modeling: a multidisciplinary Journal**, v. 16, p. 625 – 641, 2009.

FRAGATA, J. I. G. Erro médico: a segurança dos doentes - indicador de qualidade em saúde. **Rev. Port. Med. Geral e Fam.**, v. 26, n. 6, p. 564-570, 2010.

FREEMAN, M. et al. Implementing a just culture: perceptions of nurse managers of required knowledge, skills and attitudes. **Nurs. Leadersh.**, v. 29, n. 4, p. 35-45, 2016.

FUJITA, S. et al. Characteristics of unit-level patient safety culture in hospitals in Japan: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, v. 14, n. 508, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/508>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Perfil da enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos e Pesquisa de Recursos Humanos em Saúde, 2013.

GAMBASHIDZE, N. et al. Evaluation of psychometric properties of the German Hospital Survey on Patient Safety Culture and its potential for cross-cultural comparisons: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 7, n. 11, e018366, 2017.

GARCIA PRIMO, G. M.; BORGES, L. O. Trajetória de um hospital universitário: as clínicas associadas à empresa pública. **Rev. Laborativa**, v. 7, n. 2, p. 90-111, 2018.

GONÇALVES FILHO, A. P.; ANDRADE, J. C. S.; MARINHO, M. M. O. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 18, n. 1, p. 205-220, 2011.

GUTIÉRREX UBEDA, S. R. ¿Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente? **Rev. Calid. Asist.**, v. 31, n. 3, p. 173-176, 2016.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Qual. Saf.**, v. 20, n. 4, p. 338-343, 2011.

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

HARADA, M. J. C. S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

HEFNER, J. L. et al. Cultural transformation after implementation of crew resource management: Is it really possible? **American Journal of Medical Quality**, v. 32, n. 4, p. 384 – 390, 2017.

HELLINGS, J. et al. Improving patient safety culture. **Int. J. Health Care Qual. Assur.**, v. 23, n. 5, p. 489-506, 2010.

HELO, S; MOULTON, C. E. Complications: acknowledging, managing and coping with human error. **Transl. Androl. Urol.**, v. 6, n. 4, p.773-782, 2017.

HODGEN, A. et al. **Safety culture assessment in health care**: a review of the literature on safety culture assessment modes. Sydney: ACSQHC, 2017.

HOLLY, C.; POLETICK, E. B. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. **J. Clin. Nurs.**, v. 23, n. 17-18, p. 2387-95, 2014.

HORWITZ, S. K.; HORWITZ, I. B. The effects of organizational commitment and structural empowerment on patient safety culture: an analysis of a physician cohort. **J. Health Organ. Manag.**, v. 31, n. 1, p. 10-27, 2017.

HUDELSON, P. M. Culture and quality: an anthropological perspective. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 16, n. 5, p. 345-346, 2004.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2006.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. IHI Virtual Expedition. **Understanding and improving safety culture**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, May-Aug. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil em síntese**: educação. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao.html>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

JAMES, J. T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. **J. Patient Saf.**, v. 9, n. 3, p. 122-128, 2013.

JHA, A. K. et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Qual. Saf.**, v. 22, n. 10, p. 809-815, 2013.

JOHNSON, H. L.; KIMSEY, D. Patient safety: break the silence. **AORN J.**, v. 95, n. 5, p. 591-601, 2012.

THE JOINT COMMISSION. **Sentinel events**: CAMH, January 2013. Disponível em: <[https://www.jointcommission.org/assets/1/6/CAMH\\_2012\\_Update2\\_24\\_SE.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/6/CAMH_2012_Update2_24_SE.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2018.

KALRA, J.; KALRA, N.; BANIAK, N. Medical error, disclosure and patient safety: a global view of quality care. **Clin. Biochem.**, v. 46, n. 13-14, p. 1161-1169, 2013.

KAWAMOTO, A. M. et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. online**, v. 8, n. 2, p. 4387-4398, 2016.

KIAEI, M. Z. et al. Patient safety culture in teaching hospitals in Iran: assessment by the hospital survey on patient safety culture (HSOPSC). **Journal of Health Management & Informatics**, v. 3, n. 2, 2016.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.); U.S. INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academies Press, 2000.

KRISTENSEN, S. et al. Quality management and perceptions of teamwork and safety climate in European hospitals. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 27, n. 6, p. 499-506, 2015.

KURCGANT, P.; MASSAROLO, M. C. K. B. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 23-34.

LIMA NETO, A. V. et al. Patient safety culture in health organizations: scoping review. **Int. Arch. Med.**, v. 10, n. 74, p. 1-13, 2017.

LISTYOWARDOJO, T. A. et al. A safety culture assessment by mixed methods at a public maternity and infant hospital in China. **J. Multidiscip. Healthc.**, v. 10, p. 253-262, 3 Jul. 2017.

LISTYOWARDOJO, T. A. et al. Mixed methods: Improving assessment of safety culture in healthcare. 2014. Disponível em: <[https://issuu.com/dnvgl/docs/dnvgl\\_pospaper\\_safety\\_culture](https://issuu.com/dnvgl/docs/dnvgl_pospaper_safety_culture)>. Acesso em: 23 Jun. 2018.

LONG, S. J. et al. What is known about adverse events in older medical hospital inpatients? A systematic review of the literature. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 25, n. 5, p. 542-554, 2013.

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

MAHJOUR, M. et al. Culture sécurité des patients par la réponse non-punitive à l'erreur et la liberté d'expression des soignants. **Santé Publique**, v. 28, n. 5, p. 641-646, 2016.

MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error: the third leading cause of death in the US. **BMJ**, v. 353, i2139, May 2016.

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

MALLOULI, M. et al. Culture de sécurité des soins dans les centres de soins primaires Tunisiens: une étude multicentrique. **Santé Publique**, v. 29, n. 5, p. 685-691, 2017.

MARQUET, K. et al. One fourth of unplanned transfers to a higher level of care are associated with a highly preventable adverse event: a patient record review in six Belgian hospitals. **Crit. Care Med.**, v. 43, n. 5, p. 1053-1061, 2015.

MAXQDA. Disponível em <http://www.maxqda.com/>. Acesso em 02 jul 2018.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MÜLLER, M. et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **BMJ Open**, v. 8, e022202, 2018.

MUNHOZ, O. L. et al. Estresse ocupacional e cultura de segurança: tendências para contribuição e construção do conhecimento em enfermagem. **ABCS Health Sci.**, v. 43, n. 2, p. 110-116, 2018.

NANJI, K. C. et al. Evaluation of perioperative medication errors and adverse drug events. **Anesthesiology**, v.124, n.1, p.25-34, 2016.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015.

NORDIN, A. et al. Swedish hospital survey on patient safety culture - psychometric properties and health care staff's perception. **Open J. Nurs.**, v. 3, n. 8A, p. 41-50, 2013.

OCCELLI, P. et al. Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. **Int J Qual Health Care**, v. 25, n. 4, p. 459-468, 2013.

OCCELLI, P. et al. Development of a safety culture: initial measurements at six hospitals in France. **J. Healthc. Risk Manag.**, v. 30, n. 4, p. 42-47, 2011.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. Vantagens e dificuldades na acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 63-69, 2016.

OYEBODE, F. Clinical errors and medical negligence. **Med. Princ. Pract.**, v. 22, n. 4, p. 323-333, 2013.

PARANHOS, R. et al. Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, v. 18, n. 42, p. 384-411, 2016.

PINHEIRO, M. P.; SILVA JUNIOR, O. C. Avaliação da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um hospital universitário. **Enferm. Glob.**, v. 16, n. 45, p. 325-338, 2017.

PIRES, J. C. S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, v. 40, n. 1, p. 81-104, 2006.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. Associação Pró-Ensino Superior em Novo Hamburgo: Aspeur. 2013.

PRONOVOST, P. J. et al. Creating high reliability in health care organizations. **Health Serv. Res.**, v. 41, n. 4 Pt 2, p. 1599-1617, 2006.

PUMAR-MÉNDEZ, M. J.; ATTREE, M.; WAKEFIELD, A. Methodological aspects in the assessment of safety culture in the hospital setting: a review of the literature. **Nurse Educ. Today**, v. 34, n. 2, p. 162-170, 2014.

RAJALATCHUMI, A. et al. Perception of patient safety culture among health-care providers in a tertiary care hospital, South India. **J. Nat. Sci. Biol. Med.**, v. 9, n. 1, p. 14-18, 2018.

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

REIS, C. T. et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 11, e00115614, 2016.

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

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

REIS, G. A. X. et al. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 26, n. 2, e00340016, 2017.

RIDELBERG, M.; ROBACK, K.; NILSEN, P. Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions. **BMC Nurs.**, v. 13, p. 23, 13 Aug. 2014.

RISKANALYTICA. **The case for investing in patient safety in Canada**. Ottawa: Canadian Patient Safety Institute, 2017.

ROBIDA, A. Hospital Survey on patient safety culture in Slovenia: a psychometric evaluation. **Int J Qual Health Care**, v. 25, n. 4, 469-75, 2013.

RODZIEWICZ, T. L.; HIPSKIND, J. E. Medical error prevention. In: **StatPearls**. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SANTOS, J. L. G. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 26, n. 3, e1590016, 2017.

SARAC, C. et al. Hospital survey on patient safety culture: psychometric analysis on a Scottish sample. **BMJ Qual. Saf.**, v. 20, n.10, p. 842-848, 2011.

SCHEIN, E. H.; SCHEIN, P. **Organizational culture and leadership**. 5th ed. [S.l.]: Wiley, 2017.

SEXTON J. B. et al. A check-up for safety culture in "my patient care area". **Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.**, v. 33, n. 11, p. 699-703, 2007.

SILVA, A. C. A. B., ROSA, D. O. S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 5, p. 1-10, 2016.

SILVA, L. C. P.; JULIANI, C. M. C. M. A interferência da jornada de trabalho na qualidade do serviço: contribuição à gestão de pessoas. **Rev. Adm. Saúde**, v. 14, n. 54, p. 11-18, 2012.

SINGER, S. J.; VOGUS, T. J. Reducing hospital errors: interventions that build safety culture. **Annu. Rev. Public Health**, v. 34, p. 373-396, 2013.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. **The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level**. Paris: OECD Publishing, 2017. (OECD Health Working Papers, n. 96).

SMIRCICH, L. Concepts of culture and organizational analysis. **Adm. Sci. Q.**, v. 28, n. 3, p. 339-358, 1983.

SORRA, J. et al. **Hospital survey on patient safety culture - user's guide**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016. (AHRQ publication no. 15 (16) - 0049-EF, replaces 04-0041). Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient->

safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2018.

SORRA, J. et al. **Medical office survey on patient safety culture 2014 user comparative database report**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014. (AHRQ Publication no. 144630032-EF).

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. **Hospital survey on patient safety culture**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. (AHRQ publication no. 04-0041).

SOUZA, V. S. et al. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 475-482, 2015.

TOBIAS, G. C. et al. Cultura de la seguridad del paciente em la atención sanitaria: um estúdio bibliométrico. **Enferm. Glob.**, v. 13, n. 33, p. 336-348, 2014.

TOBIAS, G. C. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 3, p. 1071-1079, 2016.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 71-84.

TSAO, K.; BROWNE, M. Culture of safety: a foundation for patient care. **Semin. Pediatr. Surg.**, v. 24, n. 6, p. 283-287, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/inicio>>. Acesso em: 21 set. 2018.

U.S. INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, DC: National Academies Press, 2001.

VINCENT, C.; AMALBERTI, R. **Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado**. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016.

WAMI, S. D. et al. Patient safety culture and associated factors: a quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. **BMC Health Serv. Res.**, v. 16, p. 495, 20 Sep. 2016.

WANG, M.; TAO, H. How does patient safety culture in the surgical departments compare to the rest of the county hospitals in Xiaogan city of China? **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 14, n. 10, E1123, 2017.

WANG, X. et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 51, n. 8, p. 1114-1122, 2014.

WARING, J. J. Beyond blame: cultural barriers to medical incidente reporting. **Soc. Sci. Med.**, v. 60, n. 9, p. 1927-1935, 2005.

WEBAIR, H. H. et al. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. **BMC Fam. Pract.**, v. 16, p. 136, 13 Oct. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS) version 1.1**: final technical report. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global priorities for patient safety research**. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety: making health care safer**. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality of care: patient safety**: Resolution WHA 55.18. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for patient safety**: forward programme. Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for patient safety**: the second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. Geneva: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Crossing global quality chasm improving health care worldwide**. Geneva: WHO, 2018.

*Apêndices*

## APÊNDICE A – ANÁLISE DE PRECISÃO DA ESCALA

<b>Dimensões</b>	<b>Itens</b>	<b>A.C.<sup>1</sup></b>	<b>C.C.<sup>2</sup></b>
Trabalho em equipe dentro das unidades	4	0,74	0,82
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe	4	0,83	0,88
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	3	0,65	0,72
Apoio da gestão para a segurança do paciente	3	0,78	0,82
Percepção geral da segurança do paciente	3	0,64	0,70
Retorno da informação e comunicação sobre erro	3	0,71	0,76
Abertura da comunicação	3	0,64	0,71
Frequência de relato de eventos	3	0,91	0,94
Trabalho em equipe entre as unidades	4	0,76	0,81
Adequação de profissionais	2	0,53	0,60
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	4	0,71	0,76
Respostas não punitivas aos erros	1	0,42	-

<sup>1</sup> Alpha de Cronbach; <sup>2</sup> Confiabilidade Composta

APÊNDICE B – ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA E MÉTODO DE ESTIMAÇÃO DWLS

<b>Análise Fatorial Confirmatória – DWLS.</b>					
Constructos	Itens	Modelo inicial		Modelo final	
		C.F. <sup>1</sup>	Com. <sup>2</sup>	C.F. <sup>1</sup>	Com. <sup>2</sup>
Trabalho em equipe dentro das unidades	A1	0,69	0,47	0,69	0,47
	A3	0,87	0,76	0,87	0,76
	A4	0,71	0,50	0,70	0,49
	A11	0,62	0,39	0,63	0,39
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe	B1	0,84	0,70	0,84	0,70
	B2	0,87	0,75	0,87	0,76
	B3R	0,72	0,51	0,71	0,50
	B4R	0,82	0,67	0,82	0,66
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	A6	0,76	0,57	0,76	0,57
	A9	0,56	0,31	0,55	0,31
	A13	0,72	0,51	0,72	0,52
Apoio da gestão para a segurança do paciente	F1	0,88	0,78	0,89	0,78
	F8	0,81	0,66	0,82	0,67
	F9R	0,61	0,38	0,61	0,37
Percepção geral da segurança do paciente	A10R	0,43	0,19		
	A15	0,58	0,33	0,63	0,40
	A17R	0,55	0,31	0,59	0,35
	A18	0,69	0,48	0,76	0,57
Retorno da informação e comunicação sobre erro	C1	0,62	0,38	0,62	0,38
	C3	0,69	0,48	0,69	0,47
	C5	0,83	0,69	0,84	0,70
Abertura da comunicação	C2	0,70	0,49	0,70	0,49
	C4	0,69	0,47	0,69	0,48
	C6R	0,62	0,38	0,61	0,37
Frequência de relato de eventos	D1	0,86	0,75	0,86	0,75
	D2	0,99	0,97	0,99	0,97
	D3	0,89	0,79	0,89	0,79
Trabalho em equipe entre as unidades	F2R	0,63	0,40	0,63	0,40
	F4	0,73	0,53	0,73	0,54
	F6R	0,74	0,54	0,73	0,53
	F10	0,76	0,57	0,76	0,58
Adequação de profissionais	A2	0,78	0,60	0,78	0,60
	A5R	0,17	0,03		
	A7R	0,16	0,03		
	A14R	0,55	0,30	0,51	0,26
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	F3R	0,44	0,19	0,44	0,20
	F5R	0,66	0,43	0,65	0,43
	F7R	0,81	0,66	0,82	0,67
	F11R	0,71	0,50	0,71	0,50
Respostas não punitivas aos erros	A8R	0,33	0,11		
	A12R	1,00	1,00	1,00	1,00
	A16R	-0,02	0,00		

<sup>1</sup> Carga Fatorial; <sup>2</sup> Comunalidade

**Validação dos constructos – DWLS.**

<b>Constructos</b>	<b>Itens</b>	<b>A.C. 1</b>	<b>C.C. 2</b>	<b>Dim. 3</b>	<b>AVE 4</b>	<b>VCM 5</b>
Trabalho em equipe dentro das unidades	4	0,74	0,82	1	0,53	0,27
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe	4	0,83	0,88	1	0,66	0,28
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	3	0,65	0,72	1	0,47	0,27
Apoio da gestão para a segurança do paciente	3	0,78	0,82	1	0,61	0,40
Percepção geral da segurança do paciente	3	0,64	0,70	1	0,44	0,24
Retorno da informação e comunicação sobre erro	3	0,71	0,76	1	0,52	0,31
Abertura da comunicação	3	0,64	0,71	1	0,45	0,31
Frequência de relato de eventos	3	0,91	0,94	1	0,84	0,24
Trabalho em equipe entre as unidades	4	0,76	0,81	1	0,51	0,49
Adequação de profissionais	2	0,53	0,60	1	0,43	0,18
Passagem de plantão ou de turno/transferências	4	0,71	0,76	1	0,45	0,49
Respostas não punitivas aos erros	1	-	-	1	-	-
Alfa de Cronbach – Geral					0,88	

<sup>1</sup> Alfa de Cronbach; <sup>2</sup> Confiabilidade Composta; <sup>3</sup> Dimensionalidade; <sup>4</sup> Variância Extraída; <sup>5</sup> Variância Máxima Compartilhada

**Cargas fatorias cruzadas – DWLS.**

<b>Constructos</b>	<b>Itens</b>	<b>C.F.<sup>1</sup></b>	<b>Max(C.F.C)<sup>2</sup></b>
Trabalho em equipe dentro das unidades	A1	0,69	0,37
	A3	0,87	0,48
	A4	0,70	0,36
	A11	0,63	0,35
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe	B1	0,84	0,54
	B2	0,87	0,50
	B3R	0,71	0,45
	B4R	0,82	0,43
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	A6	0,76	0,47
	A9	0,55	0,35
	A13	0,72	0,44
Apoio da gestão para a segurança do paciente	F1	0,89	0,62
	F8	0,82	0,49
	F9R	0,61	0,44
Percepção geral da segurança do paciente	A10R		
	A15	0,63	0,40
	A17R	0,59	0,36
	A18	0,76	0,42
Retorno da informação e comunicação sobre erro	C1	0,62	0,37
	C3	0,69	0,43
	C5	0,84	0,55
Abertura da comunicação	C2	0,70	0,43
	C4	0,69	0,53
	C6R	0,61	0,41
Frequência de relato de eventos	D1	0,86	0,40
	D2	0,99	0,46
	D3	0,89	0,49
Trabalho em equipe entre as unidades	F2R	0,63	0,50
	F4	0,73	0,53
	F6R	0,73	0,59
	F10	0,76	0,55
Adequação de profissionais	A2	0,78	0,39
	A5R		
	A7R		
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	A14R	0,51	0,32
	F3R	0,44	0,41
	F5R	0,65	0,48
	F7R	0,82	0,65
Respostas não punitivas aos erros	F11R	0,71	0,50
	A8R		
	A12R	1,00	0,31
	A16R		

<sup>1</sup> Carga Fatorial; <sup>2</sup> Máximo das Cargas Fatorias Cruzadas

<b>Parâmetros de qualidade do modelo – DWLS.</b>	
<b>Medidas de qualidade de ajuste</b>	<b>DWLS</b>
$\chi^2$	760,20
G.L.	539
$\chi^2/G.L.$	1,41
TLI	0,99
CFI	0,99
RMSEA	0,042 [0,035; 0,049]
p-value (RMSEA $\leq$ 0,05)	0,972
WRMR	0,99
SRMR	0,06

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada, “**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO DA REDE PÚBLICA DE BELO HORIZONTE**”, a ser desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais – EEUFMG. A pesquisa será desenvolvida sob responsabilidade da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Marília Alves, professora da EEUFMG e de Diene Inês Carvalho Moretão, aluna regularmente matriculada no referido curso. Este estudo tem por objetivo conhecer a cultura de segurança do paciente na visão dos profissionais da equipe de saúde em um hospital de ensino da rede pública de Belo Horizonte. Trata-se de uma pesquisa com método mistos, realizada com os profissionais com contato/interação direta com o paciente: assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos, técnicos de atendimento ao público, de enfermagem, de patologia e de radiologia; e profissionais com contato/interação indireta com o paciente, mas de quem o trabalho afeta no cuidado: staff de unidades de farmácia e laboratório. Nesta pesquisa serão utilizadas para coleta de dados o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), da *Agency for Healthcare Research and Quality*, na versão traduzida, adaptada e validada transculturalmente para uso no Brasil; além de entrevista com roteiro semi-estruturado. As entrevistas serão realizadas individualmente, em ambiente reservado no Hospital. A entrevista será gravada, se assim for permitido, com a finalidade de assegurar a autenticidade das informações, ficando à sua disposição, caso queira ouvi-lo.

Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A previsão de riscos é mínima, durante o desenvolvimento desta pesquisa e estes podem estar relacionados ao constrangimento, diante das perguntas ou dano moral, caso venha a ser identificado. No entanto, firmamos o compromisso de que as informações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de que o seu anonimato será garantido, já que as entrevistas não são identificadas, mas apenas classificadas por letras e números. Garantimos ainda que sua participação é voluntária e que em qualquer fase da pesquisa você poderá esclarecer dúvidas junto aos pesquisadores, assim como se recusar a participar do estudo sem nenhum ônus ou prejuízo. Em caso de dúvida ética poderá consultar o Comitê de Ética (COEP) no contato especificado abaixo. O não consentimento quanto a sua participação, não lhe implicará em nenhum tipo de restrição institucional. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar reflexões e discussões sobre a cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares de saúde, favorecendo a qualidade da assistência.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr.(a). Asseguramos que os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

**Pesquisadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marília Alves  
Tel: (31) 3409-9849. Escola de Enfermagem – UFMG

**Mestranda:** Diene Inês Carvalho Moretão

Tel: (31) 99252-2304. Escola de Enfermagem – UFMG

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: **COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG**. Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592. Poderá também esclarecer dúvidas sobre o estudo junto aos pesquisadores: **Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marília Alves. Av. Professor Alfredo Balena, 190 - Sala 514 - CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - MG – Brasil. E-mail: marilix.alves@gmail.com. Tel: (31) 3409-9849 ou 3409-9835.

*Anexos*

## ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC)



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

#### Instruções

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

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

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

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

#### **SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho**

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

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

<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

<b>Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...</b>	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 implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

#### **SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe**

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.

<b>Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...</b>	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

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 <b>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</b> , 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 <b>não há risco de dano ao paciente</b> , 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 <b>poderia causar danos ao paciente</b> , 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

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

**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 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

**Pesquisador:** MARILIA ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 87150218.7.0000.5149

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.673.629

**Apresentação do Projeto:**

Trabalhar a cultura de segurança do paciente emerge como uma das medidas indicadas para melhoria na qualidade do cuidado oferecido pela equipe de saúde no contexto hospitalar, que é considerado altamente complexo e passíveis de situações inesperadas, podendo causar consequências danosas. A avaliação da cultura de segurança é uma ferramenta de gestão, que permite obter uma visão geral e de grande valor para o ambiente de segurança, pois traz a possibilidade de conhecimento dos fatores intervenientes no processo de trabalho que impactam na segurança dos pacientes. Para se estabelecer uma cultura de segurança em uma organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura

corrente. Sua avaliação proporciona 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. Este estudo tem como objetivo principal analisar a cultura de segurança do paciente na visão dos profissionais da equipe de saúde que prestam atendimento direta ou indiretamente aos pacientes em unidades

cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública. Trata-se de um estudo misto que terá um delineamento descritivo-exploratório. A coleta de dados será por meio de questionário com análise estatística descritiva e entrevista com roteiro semiestruturado com análise de conteúdo.

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

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.673.629

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Avaliar a cultura de segurança do paciente na visão dos profissionais da equipe de saúde da clínica cirúrgica e bloco cirúrgico que prestam atendimento direta ou indiretamente aos pacientes em um hospital de ensino da rede pública.

Objetivo Secundário: Identificar os fatores que influenciam a cultura de segurança do paciente na opinião da equipe de saúde;- Descrever as áreas de força e as áreas críticas da cultura de segurança; - Conhecer como a equipe trabalha frente aos desafios da segurança do paciente;- Identificar áreas da cultura que necessitam de melhorias.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Esta pesquisa possui riscos mínimos, que pode estar relacionado ao constrangimento diante das perguntas e danos morais, em caso de identificação. Para evitá-las será mantido total anonimato e sigilo frente às informações prestadas. Em qualquer momento da pesquisa, o participante poderá optar por encerrar sua contribuição.

Benefícios: Otimizar a reflexão e a conscientização dos profissionais sobre questões relativas à segurança, a fim de buscar soluções eficazes e eficientes para os diferentes contextos, objetivando a construção de processos de trabalhos mais seguros no hospital de ensino.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para área da saúde. Projeto executável. Previsão de término em fevereiro de 2019.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados:

Folha de rosto assinado pela diretoria da Escola de Enfermagem da UFMG.

Projeto de pesquisa plataforma Brasil.

Projeto de pesquisa original.

Carta de anuência do GEPE.

Carta de anuência unidade Multiprofissional e Reabilitação HC.

TCLE em forma de carta convite.

Parecer consubstanciado com aprovação da CD da Enfermagem Aplicada UFMG

Questionários com perguntas norteadoras.

Currículos pesquisadores

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

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.673.629

orçamento e cronograma.

**Recomendações:**

SMJ, sou favorável a aprovação do projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomendamos trocar o termo cópia por via.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1088687.pdf	06/04/2018 17:57:36		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HC.pdf	06/04/2018 17:56:51	DIENE INES CARVALHO MORETÃO	Aceito
Outros	parecer_II.pdf	06/04/2018 17:53:42	DIENE INES CARVALHO MORETÃO	Aceito
Outros	ROTEIROSE.docx	03/04/2018 14:05:23	DIENE INES CARVALHO MORETÃO	Aceito
Outros	CURRICULODICM.pdf	03/04/2018 13:50:32	DIENE INES CARVALHO MORETÃO	Aceito
Outros	CURRICULOMA.pdf	03/04/2018 13:49:21	DIENE INES CARVALHO MORETÃO	Aceito
Outros	Parecer.pdf	03/04/2018 07:08:22	DIENE INES CARVALHO MORETÃO	Aceito
Outros	HSOPSC.pdf	03/04/2018 06:52:30	DIENE INES CARVALHO	Aceito

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

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.673.629

Outros	HSOPSC.pdf	03/04/2018 06:52:30	MORETÃO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	03/04/2018 06:48:28	DIENE INES CARVALHO MORETÃO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/04/2018 06:41:29	DIENE INES CARVALHO MORETÃO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	03/04/2018 06:01:10	DIENE INES CARVALHO MORETÃO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	03/04/2018 05:16:39	DIENE INES CARVALHO MORETÃO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	03/04/2018 05:14:40	DIENE INES CARVALHO MORETÃO	Aceito
Outros	871502187parecer.pdf	24/05/2018 14:27:26	Vivian Resende	Aceito
Outros	871502187aprovacaoassinada.pdf	24/05/2018 14:27:42	Vivian Resende	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 24 de Maio de 2018

---

**Assinado por:**  
**Vivian Resende**  
**(Coordenador)**

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

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br