

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**

KENIA PIMENTEL RANGEL LIBERATO

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA**

**VITÓRIA
2019**

KENIA PIMENTEL RANGEL LIBERATO

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Orientador: Dr. Bruno Henrique Fiorin

VITÓRIA

2019

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

L695a Liberato, Kenia Pimentel Rangel, 1988-
Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em uma
Organização Hospitalar Pública / Kenia Pimentel Rangel
Liberato. - 2019.
131 f. : il.

Orientador: Bruno Henrique Fiorin.
Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) -
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências
Jurídicas e Econômicas.

1. Segurança do Paciente. 2. Cultura de Segurança. 3.
Qualidade em Saúde. I. Fiorin, Bruno Henrique. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 35

KENIA PIMENTEL RANGEL LIBERATO

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Aprovada em 26 de setembro de 2019.

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Bruno Henrique Fiorin
Orientador



Profa. Dra. Taciana de Lemos Dias
Membro Interno



Profa. Dra. Flávia Batista Portugal
Membro Externo - UFES

À minha mãe, à minha irmã, ao meu
esposo e todos àqueles que confiaram em
mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu sustento diário. Sem Ele eu nada seria. Obrigada por não permitir que eu esmorecesse diante das dificuldades.

Ao Ricardo, meu esposo, pelo companheirismo, pelo apoio e incentivo a cada passo desta caminhada. Por compreender minhas ausências, meu cansaço e principalmente por confiar em mim, mesmo nos momentos em que eu buscava a minha própria confiança. Amo-te!

À minha mãe, pela confiança e pelo amor que me fortalece todos os dias.

À minha irmã pela amizade, por estar sempre presente na minha vida e por ser minha fonte de admiração. Obrigada por ter me presenteado com a nossa Clara, àquela que veio iluminar os meus dias!

Ao meu orientador, professor Dr. Bruno Henrique Fiorin, minha imensa gratidão por ter me acolhido na construção deste trabalho. O que seria de mim sem você?! Obrigada pela competência, pelo respeito, pela confiança, pela amizade, pelo carinho, pela paciência e por todas às vezes que me fez refletir, criar, recriar, começar e recomeçar. Levarei para a vida todos os ensinamentos e a parceria que construímos juntos! Sou sua fã!

Aos meus colegas de curso que fizeram com que o percurso ficasse mais leve, especialmente as queridas Aline, Mônica, Izabel e Carol.

Aos acadêmicos de enfermagem Rafaela e Cesar, pela responsabilidade e dedicação na coleta de dados desta pesquisa.

A todos os profissionais que participaram deste estudo, meus sinceros agradecimentos.

Aos meus amigos que sempre torcem pelas minhas conquistas.

Aos meus colegas de trabalho do Centro de Ciências da Saúde pelo incentivo diário.

Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade e pelas contribuições ao meu trabalho.

À Universidade Federal do Espírito Santo e ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública pela oportunidade de qualificação.

“Você não pode compreender um sistema até tentar mudá-lo”

(SCHEIN, 1999, p.2)

“Desistir nunca – O caminho é longo, mas a vitória é certa”

(Raphael Gouvea Monteiro)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A avaliação da cultura de segurança do paciente é uma temática de grande importância, visto que, é por meio dela que as organizações de saúde podem formular e efetivar ações de melhoria que estimularão a segurança dos pacientes. **OBJETIVO:** O estudo teve como objetivo avaliar a perspectiva de cultura de segurança do paciente nos profissionais de saúde inseridos no setor de Clínica Médica de um Hospital Público na região Sudeste. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo transversal, analítico e de abordagem quantitativa, realizado com profissionais de saúde, cujo instrumento utilizado foi o Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire - SAQ*), validado e adaptado culturalmente para a realidade dos hospitais brasileiros. Optou-se por uma validação via dupla-digitação. A análise dos dados foi processada no *Social Package Statistical Science (SPSS)*, versão 22.0. O nível de significância considerado para o estudo foi de 5% com intervalo de confiança de 95%. Para comparar as médias, aplicou-se o teste t student e foi utilizado a correlação de Pearson para avaliar a associação entre os domínios. **RESULTADOS:** Como resultados desta dissertação, foram elaborados dois artigos. O primeiro “Cultura de Segurança do paciente dos profissionais de saúde nas instituições de saúde: uma revisão sistemática” e o segundo “Percepção da cultura de Segurança do Paciente por profissionais de saúde da Clínica Médica de um Hospital Universitário”. Além disso, como produto técnico-científico, obteve-se o Diagnóstico Situacional do setor de Clínica Médica. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Assim, a partir da identificação das potencialidades e fragilidades encontradas, a gerência poderá intervir no planejamento de estratégias voltadas para uma eficiente cultura de Segurança do Paciente. A presente pesquisa está inserida na área de Tecnologia, Inovação e Operações no Setor Público.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura de segurança. Qualidade em saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The evaluation of patient safety culture is a very relevant topic, since it is through it that health organizations can plan and implement improvement actions that will stimulate patient safety. **OBJECTIVE:** The objective of this study was to evaluate the perspective of patient safety culture in health professionals in the Medical Clinic sector of a public hospital in the Southeast region. **METHODOLOGY:** This is a cross-sectional, analytical and quantitative study, conducted with health professionals, whose instrument used was the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), validated and culturally adapted to the reality of Brazilian hospitals. We opted for double-digit validation. Data analysis was processed in the Social Package Statistical Science (SPSS), version 22.0. The significance level considered for the study was 5% with a 95% confidence interval. To compare the means, the Student's t test was applied and Pearson's correlation was used to evaluate the association between the dimensions. **RESULTS:** As a result of this dissertation, two articles were prepared. The first "Patient Safety Culture of Health Professionals in Healthcare Institutions: A Systematic Review" and the second "Perception of the Patient Safety Culture by Health Professionals at a University Hospital Medical Clinic". In addition, as a technical-scientific product, we obtained the Situational Diagnosis of the Medical Clinic sector. **FINAL CONSIDERATIONS:** Thus, based on the identification of the potentialities and weaknesses found, management may intervene in the planning of strategies aimed at an efficient patient safety culture. This research is inserted in the area of Technology, Innovation and Operations in the Public Sector.

Keywords: Health Quality. Patient Safety. Safety Culture.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	HIPÓTESE	15
1.2	JUSTIFICATIVA	16
1.3	OBJETIVOS	17
1.3.1	Objetivo geral	17
1.3.2	Objetivos específicos	17
1.4	PRODUTO	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	QUALIDADE EM SAÚDE	21
2.2	SEGURANÇA DO PACIENTE	26
2.3	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	34
3	METODOLOGIA	41
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	41
3.2	LOCAL DA PESQUISA	41
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	42
3.4	COLETA DE DADOS	42
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	43
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	44
3.7	RISCOS	44
3.8	BENEFÍCIOS	45
4	RESULTADOS	47
4.1	ARTIGO 1	48
4.2	ARTIGO 2	69
4.3	PRODUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO	90
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICES	120
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	120
	APÊNDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA	122
	APÊNDICE C - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PROFISSIONAIS POR ITENS NOS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO	123

ANEXOS	126
ANEXO A - SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE – SHORT FORM 2006.	126
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP	127

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A preocupação envolvendo a temática segurança do paciente teve início na última década do século XX, a partir da publicação do relatório “*Errar é Humano*” do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (EUA), que apontou um alto índice de óbitos em decorrência de eventos adversos, evidenciando assim, um grave problema na assistência à saúde (MACEDO et al., 2016; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016a). O relatório mostrou que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morriam todos os anos vítimas de erros médicos evitáveis, e que 7.000 desses casos eram relacionados a erros com a medicação (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; CARVALHO, 2011).

Diante de tamanha urgência de efetiva intervenção, a Organização Mundial de Saúde (OMS) buscou então propor políticas mundiais que modificasse a situação e que promovesse melhoria na qualidade dos serviços de saúde. Em 2004, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o intuito de estruturar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente, propor medidas para minimizar os riscos e atenuar os eventos adversos (BRASIL, 2014; SILVA; ROSA, 2016).

A Segurança do Paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009; MATIELLO, 2016). Segundo Andrade et al. (2018, p.162), “[...] ela é uma dimensão da qualidade em cuidados de saúde e melhorá-la depende de aprender a lidar com as interações dos seus componentes”.

Entende-se como evento adverso, o incidente que resulta em dano ao paciente durante a prestação do cuidado. Danos estes que podem resultar em graves consequências sendo oneroso para suas vítimas e para os sistemas de cuidados de saúde. Incidente é o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (BRASIL, 2014; REIS et al., 2013b).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, que tem como missão promover e proteger a saúde da população. Em 25 de novembro de 2011, publicou a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC Nº 63, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de

funcionamento para os serviços de saúde a partir de estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente (BRASIL, 2011).

No Brasil, um dos principais marcos na área foi em 2013, quando o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril, estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, mais que um programa uma política que deve ser incentivada e implementada nos diversos serviços de saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; SILVA et al., 2016).

Assim, em 25 de julho de 2013, foi publicada a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC Nº 36, em que instituiu ações para a Segurança do Paciente e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Dentre essas, a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

Com intuito de dar início à operacionalização da proposta, foram aprovados protocolos básicos de segurança do paciente por meio de duas portarias. A primeira, a Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013, a qual aprovou o Protocolo de Cirurgia Segura; o Protocolo de Prática de Higiene das mãos e o Protocolo de Úlcera por Pressão, hoje, conhecido com Protocolo de lesão por pressão. A segunda, a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, em que se aprovou o Protocolo de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos (BRASIL, 2013).

Essas ferramentas de intervenção visam à implantação de medidas voltadas para a segurança do paciente, com o intuito de evitar que erros sejam cometidos na assistência (BRASIL, 2013; PAIXÃO, 2018).

O PNSP possui quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema. Nota-se que a cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa por todos os eixos do Programa, daí a sua importância (BRASIL, 2014; CALORI; GUTIERREZ; GUIDI, 2015; CARVALHO et al., 2017).

Deste modo, Santiago e Turrini (2015, p.124) definem a cultura de segurança:

A cultura de segurança é definida como o produto de valores e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso e o estilo de gestão de uma organização. As organizações reconhecidas como detentoras de cultura de segurança positiva parecem possuir uma estrutura de comunicação franca e de confiança entre os indivíduos, mediadas pelo reconhecimento da importância da segurança e da adoção de medidas preventivas no contexto organizacional. A avaliação da cultura de segurança do paciente pode ser adotada tanto para o reconhecimento da situação organizacional como para averiguar o impacto de intervenções realizadas.

Percebe-se, então, a importância de as instituições possuírem uma cultura de segurança estruturada, para que, assim, uma assistência qualificada e segura seja alcançada (CRUZ et al.,2018; MACEDO et al., 2016).

No entanto, “[...] antes de executar qualquer ação que promova a cultura de segurança, ela deve, em primeiro lugar, ser avaliada e compreendida” (CARVALHO et al., 2017, p.2).

Sendo assim, fica evidenciado que, a promoção da segurança do paciente está diretamente vinculada ao conhecimento que os prestadores do cuidado em saúde possuem sobre a cultura de segurança (SILVA; ROSA, 2016). Torna-se, assim, necessário conhecer a cultura de segurança nas organizações de saúde, para prevenir, detectar e avaliar os erros e eventos adversos, bem como formular e efetivar ações de melhoria que estimularão a segurança dos pacientes (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016b).

Reconhece assim, a importância e atualidade do tema, definiu-se como objeto de estudo a realização do diagnóstico situacional da percepção de cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde, atuantes no setor de Clínica médica, em um Hospital Universitário.

1.1 HIPÓTESE

Existe uma fragilidade na cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde atuantes no setor de Clínica Médica de um Hospital Universitário.

1.2 JUSTIFICATIVA

Conhecer a realidade de um determinado contexto social ou organizacional, por meio de estudos de percepção e satisfação por parte dos agentes envolvidos nos serviços prestados a uma dada comunidade de usuários, representa uma estratégia viável no intuito de estabelecer planos de ação para fins de melhoria do que é oferecido aos utilizadores dos serviços.

A organização saúde é um mercado em franca expansão e juntamente com a produtividade em massa, os erros de saúde têm aumentado e existem vários fatores que impactam na segurança do paciente, tais como: o aumento do custo, com tecnologias novas, honorários de profissionais, exames e procedimentos; a falta de planejamento e de fiscalização e a negligência na avaliação sistemática da qualidade. Esses fatores estão diretamente ligados a situação do mercado, visto que propicia um ambiente de alta concorrência, caracterizado por custos progressivos, cuja eficácia é sempre questionada.

Assim, no âmbito da saúde, as pesquisas sobre cultura de segurança em unidades hospitalares inserem-se na perspectiva mencionada, visto que constituem investigações que determinam possíveis mudanças inovadoras, as quais tendem a qualificar os serviços de saúde, como também viabilizam a adequação da unidade hospitalar e a capacitação das equipes de profissionais.

Nesse contexto, a temática proposta para esta dissertação, qual seja, avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital público, apresenta-se como pertinente, uma vez que levantará a realidade de um hospital e as formas de segurança adotadas pelos profissionais atuantes na instituição. A partir disso, os gestores da unidade conhecerão os desafios existentes, os casos de sucesso, como também as perspectivas apontadas pelos profissionais, o que possibilita à gestão hospitalar estabelecer intervenções para possíveis melhorias.

Além de a gestão hospitalar ser beneficiada com os possíveis resultados alcançados com este estudo, os próprios colaboradores do hospital - sejam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, dentre outras categorias – também serão favorecidas. Isso porque, as mudanças realizadas pela equipe gestora refletirão nas atividades de trabalho e na cultura hospitalar, de modo a

estabelecer um ambiente de trabalho mais seguro, melhorando a comunicação e as interações entre as equipes.

Com efeito, justifica-se, também, a escolha deste tema, por ele proporcionar segurança, satisfação e bem-estar aos pacientes, vantagens essas conseguidas como consequência natural da adaptação e melhorias contínuas realizadas nos serviços de saúde prestados e conduzidos pelas equipes de trabalho da unidade hospitalar.

Este estudo pretende beneficiar os serviços de saúde, por focar na gestão da qualidade, sobretudo no que tange à institucionalização e/ou melhoria da cultura de segurança nos hospitais, o que pode servir como modelo de aplicação em outras amostras de pesquisas ou contextos de investigação científica. Trata-se de um benefício múltiplo, visto que serão favorecidos pacientes, profissionais, a organização hospitalar e, de modo geral, a área da saúde como um todo, refletindo o aspecto interdisciplinar e integrado das profissões que compõem essa grande área de conhecimento.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Avaliar a perspectiva de cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde, atuantes no setor de Clínica Médica de um Hospital Público.

1.3.2 Objetivos específicos

- Realizar revisão sistemática da literatura sobre a temática;
- Descrever a percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde;
- Comparar a percepção de cultura de segurança do paciente entre profissionais de saúde;

1.4 PRODUTO

O produto técnico-científico foi a elaboração do diagnóstico situacional sobre a cultura de segurança do paciente do setor de Clínica Médica do Hospital Público, baseado nos seis domínios do instrumento utilizado na pesquisa: Clima de Trabalho em Equipe; Clima de Segurança; Satisfação no Trabalho; Percepção do Estresse; Percepção da Gerência e Condições de Trabalho. A partir do diagnóstico situacional e conforme as potencialidades e fragilidades apresentadas no estudo, a gerência da unidade estudada poderá intervir de acordo com a realidade encontrada, até mesmo com um plano de trabalho em médio prazo.

O plano de trabalho pode ser entendido como a “[...] consciência organizacional atualizada e disseminada” sobre importâncias, objetivos, metas, recursos, resultados e prazos que orientam a gestão e norteiam a composição e a harmonização da agenda interna e externa (SOTO, 2003, p.199).

Portanto, o diagnóstico situacional é uma etapa inicial e essencial na seleção da melhor intervenção a ser realizada.

REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A cultura de segurança de pacientes tem sido um tema recorrente na literatura especializada, sobretudo por envolver um conjunto de medidas que visam proporcionar um atendimento mais adequado e seguro aos pacientes. Por relacionar-se com a saúde, segurança e bem-estar dos pacientes, a cultura de segurança acarreta melhorias aos serviços oferecidos nas instituições hospitalares, interferindo nas formas de organização, planejamento e gestão hospitalar (SILVA; ROSA, 2016).

Mesmo com o crescimento do número de estudos sobre a cultura de segurança, é possível que o tema ainda esteja em construção, sobretudo por ainda não contemplar aspectos mais abrangentes relativos ao gerenciamento das organizações hospitalares. A criação de leis e políticas específicas de saúde no contexto dos hospitais, no Brasil, certamente representa um marco decisivo que tende a ampliar, cada vez mais, o número de investigações e intervenções que provoquem uma transformação nos serviços e profissionais que lidam com a saúde (CALORI; GUTIERREZ; GUIDI, 2015).

No entanto, a criação e a aplicação de leis, de normas e de regulamentos não possibilitam, por si só, a garantia efetiva de uma gestão de segurança voltada ao paciente nos hospitais. É preciso desenvolver ações mais específicas, considerando a realidade de cada instituição, a fim de que, por meio de um trabalho coletivo e multiprofissional, essa cultura possa ser integralmente instituída, implantada e gerenciada (TOSO et al., 2016).

Os desafios que permeiam a gestão dos hospitais ainda carecem de estratégias capazes de identificar fragilidades e traçar planos de ação para melhorias, seja por falha gerencial quanto operacional. Assim, por meio da cultura de segurança, gestores, profissionais e pacientes manifestam-se como importantes agentes de mudança nas organizações hospitalares, o que desencadeia benefícios para todos os agentes envolvidos com os serviços de saúde (ANDRADE et al., 2018).

2.1 QUALIDADE EM SAÚDE

O uso da palavra “qualidade”, no âmbito corporativo, tem um longo período de existência, e passou a ser adotado com maior frequência a partir das transformações econômicas provocadas com a Revolução Industrial, no decorrer do século XIX. Nesse período, a tentativa de qualificar produtos e serviços não era a prioridade das indústrias, mas prevalecia-se a cultura da produtividade (ROTH, 2011).

De acordo com Roth (2011), o conceito e uso da qualidade data dos primórdios, passando por múltiplas transformações ao longo dos períodos históricos. Todavia, a cientificidade do termo e o emprego dele em diferentes segmentos e setores da sociedade, além do uso em todas as áreas de conhecimento, manifestam-se, apenas, com a institucionalização dos mercados globalizados.

Assim, a consolidação da qualidade como um critério de excelência manifesta-se, sobremaneira, no século XX, especificamente, a partir do aumento do número de empresas, instabilidade dos mercados e a exigência dos consumidores, por conseguinte, aumento da competitividade organizacional. A qualidade deixa de ser um mero quesito a ser atendido para satisfação dos clientes, e passa a ser um fator primordial para o sucesso das organizações, o que fez nascer à gestão da qualidade (LONGO, 1996).

Portanto, na contemporaneidade, o conceito de qualidade é complexo, haja vista a importância dele para a melhoria e aperfeiçoamento de um produto ou serviço, de modo que aquilo que é oferecido possa atingir a excelência e a satisfação dos consumidores. Qualidade compreende um conjunto de atributos presentes em um produto ou serviço, de modo a atender necessidades específicas dos utilizadores, sendo oferecidos no tempo, na forma e no lugar correto, com um preço diferenciado (MAXIMIANO, 2010).

A cientificidade e a complexidade inerentes ao termo “qualidade” motivou a necessidade de gerenciamento, tendo em vista garantir a sobrevivência das organizações em um mercado altamente competitivo, instável e globalizado. Com efeito, a gestão da qualidade “[...] cria nas organizações uma cultura voltada para atendimento às especificações e, principalmente, satisfação dos clientes, garantindo

assim uma imagem positiva perante os clientes e seus fornecedores [...]”, sendo que essa proposta em qualificar produtos e serviços é estendida a todas as áreas de conhecimento e em quaisquer modalidades de organizações (COSTA; NASCIMENTO; PEREIRA, 2018, p.1).

No âmbito dos serviços e organizações de saúde, a gestão da qualidade se concretiza como uma necessidade imprescindível, sobretudo por envolver questões complexas inerentes ao bem-estar do indivíduo, o que reforça o comprometimento das instituições de saúde com a questão da qualidade. A gênese da qualidade nos serviços de saúde data do ano de 1854, por meio das ações de melhoria dos serviços prestados no âmbito da Enfermagem, a partir da análise de dados estatísticos coletados no cotidiano dos enfermeiros, tendo destaque o papel inovador e interventivo da enfermeira Florence Nightingale no atendimento aos feridos na Guerra da Criméia (NOGUEIRA, 2008).

No decorrer das últimas décadas do século XX, a gestão da qualidade passa a ser um compromisso e missão dos profissionais e das instituições envolvidas com a saúde. A gestão da qualidade incorpora conceitos e ferramentas oriundas da Administração, com o intuito de acompanhar os serviços e propor estratégias de melhoria. Além disso, modelos de gestão e de avaliação são instituídos nos hospitais em diversas partes do mundo, e passa a ser uma exigência legal instituída por planos e programas governamentais, além do acompanhamento e manutenção por órgãos que estabelecem, controlam e fiscalizam as atividades de saúde (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

O planejamento, a revisão de processos e o acompanhamento de performance, assim como melhorias constantes, passaram a ser vitais para o posicionamento das organizações no mercado. Sistemas de Qualidade foram adotados na busca de competitividade, de eficiência e eficácia dos processos e dos altos índices de desempenho com resultados de sucesso (BONATO, 2011, p. 319).

Nesse contexto, constata-se que, os serviços prestados aos pacientes e, especificamente, aqueles oferecidos em instituições hospitalares - assim como acontece em organizações de qualquer natureza - precisam ser conduzidos por processos de gestão, cujo objetivo seja aferir qualidade ao que é ofertado. Além da qualidade, os processos realizados nas instituições de saúde precisam ser

avaliados, no intuito de viabilizar a melhoria contínua, sobretudo no que tange à atenção primária (CAMPOS, 2005).

Para Bonato (2011), a qualidade em saúde envolve um conjunto de aspectos que precisam ser constantemente avaliados e monitorados, destacando-se como ponto principal de atenção por parte dos gestores, a valorização das equipes de trabalho. Para esse autor, a qualidade depende da atenção prestada pelos profissionais, sejam em termos de conhecimento técnico quanto em práticas de humanização.

Portanto, a busca pela qualidade na saúde vai muito além do conhecimento técnico especializado, considerando a necessidade em se prestar assistência com segurança aos pacientes, com vistas a proporcionar efetividade no desempenho das atividades. Por isso, a qualidade, no contexto da saúde, manifesta-se como uma necessidade técnica e social, haja vista o comprometimento dos profissionais com a preservação ou recuperação da saúde dos indivíduos (CARVALHO et al., 2017).

Especificamente, no âmbito dos hospitais, a similaridade desses espaços com as organizações cria uma aproximação que estimula o desenvolvimento de práticas gerenciais de todos os recursos existentes nos hospitais. Assim, diversos segmentos são abordados para uma efetiva gestão hospitalar, tais como, a gestão de qualidade, o sistema de qualidade, a qualidade de vida, a qualidade de vida no trabalho, o atendimento ao cliente com qualidade e a qualidade na assistência de saúde prestada (FERNANDES; ALCÂNTARA; SADOYAMA, 2017).

A literatura é exaustiva no que tange a ferramentas e modelos de gestão aplicados às unidades hospitalares e demais serviços de saúde. Tamada, Barreto e Cunha (2013) destacam quatro principais modelos a serem seguidos pelos gestores, que são:

- **Gestão da Qualidade:** considera como parâmetro de análise três elementos: estrutura, processo e resultado. Esse modelo visa a excelência do processo gerencial e considera a organização sob um enfoque holístico, destacando-se a importância da informação e do conhecimento e dos agentes envolvidos, tais como as lideranças, os profissionais e os clientes;
- **Redes de Atenção à Saúde:** corresponde à formação de redes, caracterizadas como sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e

instituições, de forma democrática e participativa, em torno de causas afins. Nesse modelo, é priorizado o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica;

- **Gestão Estratégica:** adota a gestão abrangente, baseada em diagnóstico, planejamento e implementação de ações para melhorias. Assim, desenvolve-se um ciclo planejado, com base nas seguintes etapas: análise, formulação, implantação, controle, retroalimentação e aprendizagem;
- **Gestão Participativa:** engloba o envolvimento das equipes gestoras e executoras nos processos decisórios, com vistas a formular estratégias de inovação, com base no compartilhamento e trabalho integrado de profissionais, gestores e demais envolvidos nos serviços de saúde (TAMADA; BARRETO; CUNHA, 2013).

Com efeito, prezar pela qualidade e excelência dos serviços oferecidos requer o estabelecimento de um planejamento adequado, devidamente monitorado e que vise a melhoria contínua, tal como afirmado por Bonato (2011). Todavia, esse processo é complexo, permeado por diferentes desafios. A esse respeito, Silva et al. (2015, p. 631) proferem que, nas organizações de saúde, cada paciente possui uma demanda e uma reação diferente, ocorrência essa “[...] que dificulta a padronização do processo de trabalho e exige uma análise mais ampliada desse ambiente em que são oferecidos os serviços de saúde para que de fato a gestão da qualidade total aconteça nesses ambientes”.

De fato, a qualidade em saúde requer um processo avaliativo constante e monitorado e o atendimento a padrões que garantam o alcance da excelência. Normalmente, os procedimentos avaliativos atuais baseiam-se em comparações com padrões ideais. São métodos suficientemente capazes de avaliar os prestadores de serviço de saúde, sejam hospitais ou profissionais, quanto às estruturas (parte física e recursos empregados para prestar assistência médico-hospitalar), aos processos de trabalho (organização do trabalho, documentação, protocolos e rotinas de procedimentos) e aos resultados alcançados (satisfação dos pacientes, indicadores de mortalidade, retorno, infecção, dentre outros) (NEVES, 2010).

O autor citado reforça que existem diversas metodologias de avaliação para qualificar o trabalho da saúde. Destaca como principais documentos instrutivos para avaliação, os relatórios do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, o Manual de Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e os Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* (JCI).

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde corresponde a uma iniciativa do governo brasileiro, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é “[...] avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde [...]”. Em linhas gerais, essas entidades são avaliadas com base em seis categorias ou dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido (BRASIL, 2015, p. 5).

Também como fruto de ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, o Manual de Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA) corresponde a um conjunto de diretrizes a serem seguidas pelas instituições, de modo a viabilizar o incremento da eficiência, eficácia e efetividade nos hospitais brasileiros. Desse modo, o presente manual determina, também, por meio da descrição do padrão, o nível mínimo aceitável para o processo de acreditação, estabelecido em consonância com o seu princípio orientador definido, vindo assegurar a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Por sua vez, os Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* (JCI) correspondem ao estabelecimento de padrões recomendados por essa instituição mundial para a qualificação dos serviços em saúde. De modo geral, esses padrões são voltados ao atendimento ao paciente, com vista a proporcionar uma instituição segura, eficiente e bem administrada, além de garantir uma formação médica adequada em pesquisas que envolvam seres humanos (no caso de instituições hospitalares acadêmicas). Reforça-se que tais padrões podem ser aplicados a todo o hospital, como também a cada departamento, unidade ou serviço dentro da instituição. O processo de avaliação reúne informações de conformidade dos padrões de toda a instituição e a decisão de acreditação é baseada no nível geral de

conformidade encontrado em toda a instituição (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2014).

Em síntese, os padrões e métodos avaliativos tendem a demonstrar a situação da organização, avaliando os indicadores de qualidade mais recorrentes, sobretudo no que tange à estrutura, processo e resultado, os quais precisam atender determinados parâmetros, a fim de serem viavelmente aplicados na organização. Portanto, a objetividade, a simplicidade, a validade, a sensibilidade e o baixo custo são algumas das principais características que precisam ser consideradas pelos gestores quando do processo de escolha e determinação dos indicadores a serem analisados (BITTAR, 2001).

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

A questão da segurança do paciente é um movimento internacional e que tem crescido no Brasil. Ao longo dos anos, diversos marcos históricos ocorreram e fizeram com que a temática se tornasse relevante na área da saúde. Abaixo, destacam-se os principais eventos (BRASIL, 2014, p.5,7-8,13; MENDES, BARROSO, 2014):

Em 1991, foram publicados os resultados do *Harvard Medical Practice Study* (1984), a partir de um estudo de análise retrospectiva de prontuários de pacientes.

Em 1999, divulgação do relatório “Errar é Humano” do *Institute of Medicine*, EUA - a partir da divulgação do relatório, o tema segurança do paciente ganhou relevância. Apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano, vítimas de eventos adversos nos Estados Unidos da América (EUA). De acordo com o estudo de Romero *et al.* (2018, p. 333), esse relatório, revelou que a atividade de atendimento especializado “[...] não era uma prática infalível e que havia maior probabilidade de causar eventos adversos [...]”. Com a intenção em reduzir os danos dos sistemas de cuidados de saúde, os países desenvolvidos concentraram os interesses nos cidadãos a partir dos anos seguintes. Portanto, “[...] todas as estratégias de modernização terão como objetivo melhorar a qualidade do atendimento. Nesse contexto, a segurança do paciente é um componente-chave da qualidade assistencial [...]” (ROMERO *et al.*, 2018, p. 333).

Em 2000, *An Organization with a Memory*, Reino Unido – outro relatório importante mostrava um alto número de eventos adversos, o que implicava no aumento do período de internação e, conseqüentemente, na elevação dos custos.

Em 2002, Resolução da 55ª Assembleia Mundial da Saúde - OMS - solicitava urgência aos Estados-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) em dedicar maior atenção ao problema da segurança do paciente.

Em 2004, criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente - OMS: cujo objetivo foi organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos.

Em 2005, Lançamento do Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente (Higienização/ Lavagem das mãos) – reduzir as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (Iras) nos serviços de saúde.

Em 2008, Lançamento do Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente: Programa Cirurgia Segura – adoção de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico.

Em 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), instituiu a Resolução nº. 63, de 25 de novembro. Essa resolução reza acerca dos requisitos de boas práticas para funcionamento de serviços de saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente (BRASIL, 2011).

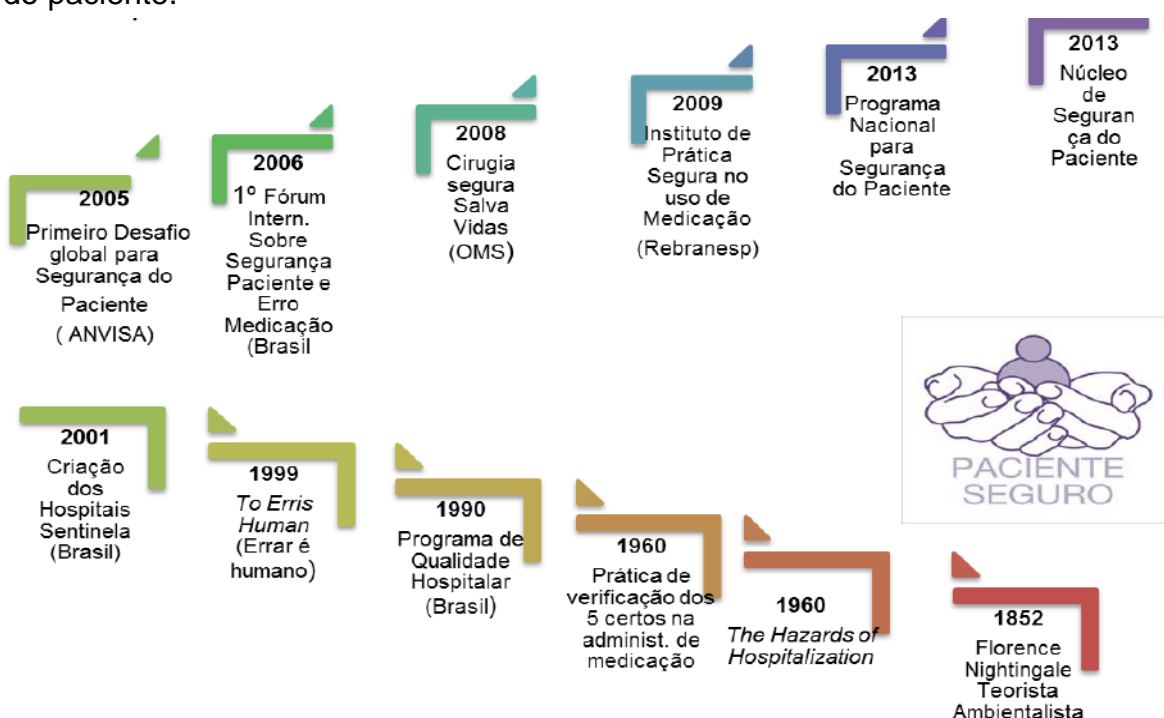
Em 2013, a Portaria nº 529, de 1º de abril, estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

Outra legislação, nesse mesmo ano, que merece destaque na história da segurança do paciente no Brasil é a Resolução nº 36, de 25 de julho, a qual dispôs sobre a institucionalização de ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Segundo essa normativa, as instituições de saúde precisam constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade

e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (BRASIL, 2013).

Com o objetivo de apresentar as transformações históricas ocorridas, Nascimento e Draganov (2015) traçaram uma linha do tempo apresentando os principais eventos relativos à segurança do paciente, conforme figura 1.

Figura 1 - Linha do tempo apresentando os principais eventos relativos à segurança do paciente.



Fonte: Nascimento e Draganov, 2015.

Entender o conceito de segurança do paciente é importante para mensurar o problema e compreender os diferentes fatores envolvidos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (BRASIL, 2014). O mínimo aceitável refere-se “àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratar ou outro tratamento” (SILVA, 2012, p.291; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A fim de padronizar as diferentes definições encontradas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente

(International Classification for Patient Safety – ICPS), em que esta estabeleceu alguns conceitos chave sobre segurança do paciente. Dentre eles:

- Segurança do paciente: Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- Dano: Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- Risco: Probabilidade de um incidente ocorrer;
- Incidente: Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;
- Circunstância Notificável: Incidente com potencial dano ou lesão;
- *Near miss*: Incidente que não atingiu o paciente;
- Incidente sem lesão: Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano;
- Evento Adverso: Incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2014, p.7).

Estudos evidenciam que além de frequente, os erros acontecem em todas as fases do processo de cuidados de saúde. Um *erro* é a falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano; podendo originar um incidente ou um evento adverso, neste caso, ocasionou um dano desnecessário ao paciente (BRASIL, 2014; MENDES, BARROSO, 2014).

Dessa forma, “[...] não se pode organizar os serviços de saúde sem considerar que os profissionais vão errar. Errar é humano. Cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente” (BRASIL, 2014, p.16). Contudo, mesmo sendo algo inerente à natureza humana, os erros, na maioria das vezes, ocorrem não apenas por falhas e conflitos nas interações humanas, mas também por fatores adjacentes, que estão inseridos no contexto de convivência, tendo interferências de fatores de ordem sistêmica. Nesse contexto, os erros manifestam-se como consequências de um desequilíbrio no sistema organizacional, não assumindo, portanto, a característica de causa (REASON, 2000).

No âmbito das organizações, compreender o significado de erros como condições inadequadas de um ambiente, em que interagem pessoas, tecnologias, cultura, dentre outros elementos vai muito além da análise do erro na perspectiva do indivíduo. Com esse pensamento, entende-se que a mudança não pode ser realizada nas pessoas, mas nas condições ambientais, que, por meio de ações proativas, eliminam-se as possibilidades de ocorrerem situações de desequilíbrio entre homem e meio ambiente, ou seja, reduzem-se as chances de ocorrerem erros (REASON, 2000).

Essa reflexão acerca do desequilíbrio entre seres humanos e o ambiente em que vivem, possibilita esclarecer os motivos que podem levar a falhas na segurança do paciente nas unidades e serviços de saúde (Teoria do Queijo Suíço). A dinâmica dos serviços de saúde, tal como ocorre nas instituições hospitalares, quando é afetada por desafios oriundos de diferentes fatores acaba por gerar lacunas que comprometem os processos de trabalho, resultando, no conjunto dessas falhas (buracos como em um queijo), em uma ruptura maior que repercute na segurança ao paciente (REASON, 2000).

Com efeito, a segurança do paciente está associada às ações desenvolvidas no decorrer do processo de intervenção realizado por profissionais da saúde e nas instituições de saúde, que almeja garantir a efetividade dos procedimentos realizados, sem a possibilidade de desencadear nenhum risco ao paciente, de modo que lhe seja oferecido o melhor conforto e bem-estar possível (MILAGRES, 2015).

Garantir a segurança do paciente representa uma responsabilidade dos profissionais considerada por muitos como óbvia, mas que, demanda ações estratégicas que proporcionem a eliminação de riscos, concretizando a existência de um ambiente e de procedimentos seguros, devidamente validados, que inviabilizem a possibilidade de qualquer imprevisto ou intercorrência durante a execução das atividades. Proporcionar essas condições determina, portanto, a ampliação com o cuidado e assistência prestada, com ações cada vez mais estratégicas para garantir a satisfação dos pacientes (SILVA et al., 2016).

Sendo assim, a segurança do paciente não constitui um processo simples, mas envolve um conjunto de medidas a serem tomadas previamente, abarcando comportamentos tanto de profissionais, quanto dos próprios pacientes, no intuito de

garantir uma efetiva cultura de segurança na unidade hospitalar, seja em termos de conhecimento técnico, quanto conhecimento instrutivo e educativo (OLIVEIRA et al., 2014).

[...] A complexidade dos serviços de saúde e a incorporação de tecnologias elaboradas tem sido atribuídas a riscos adicionais na prestação do cuidado. Entretanto, estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, por meio do seguimento de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente (OLIVEIRA et al., 2014, p. 123).

A valorização da segurança do paciente é praxe nos serviços de saúde e nas instituições hospitalares, sendo um tema debatido em todos os períodos históricos da humanidade, sobretudo com o desenvolvimento dos serviços de Enfermagem, pautados no cuidado ao paciente, trabalho iniciado por Florence Nightingale, em meados do século XIX. Todavia, é a partir das últimas décadas do século XX, que se manifestaram, mais intensamente, iniciativas mundiais no sentido de ampliar e criar políticas que promovam a segurança nos serviços de saúde. O engajamento dos governos, por meio da criação de políticas de saúde, e maior cobrança e fiscalização das atividades no âmbito interno das instituições, como também adoção de parâmetros de qualidade e medidas de controle representam possibilidades de melhoria contínua dos processos de segurança (MILAGRES, 2015).

No âmbito de Brasil, os reflexos das políticas de saúde permitem a melhoria dos serviços, eliminando as possíveis ocorrências de risco e erros, até então presentes no cotidiano hospitalar. Dentre as diversas políticas e os programas financiados pelos governos, destaca-se como um dos maiores marcos na história da segurança do paciente, a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), sendo necessário reforçar a atuação e importância desse programa, haja vista que ele tende a promover a cultura pela segurança do paciente e da qualidade em saúde no SUS (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

Por meio da Portaria de número 529/2013, foi instituído, no Brasil, o PNSP, cujos objetivos desse programa são, prioritariamente:

- promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde;

- envolver os pacientes e os familiares nesse processo;
- ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;
- e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de Graduação e na Pós-Graduação na área da Saúde (BRASIL, 2013, p. 15).

Segundo Herr, Aozane e Kolankiewicz (2015), esse programa representou o divisor de águas na tentativa de promover a padronização dos procedimentos, normas de segurança, dentre outros detalhes a serem adotados pelas instituições. Embora contemple as diretrizes básicas de segurança no âmbito dos serviços de saúde direcionadas aos pacientes, salienta-se que “[...] cada instituição de saúde tem organizado suas atividades e sua forma de dar conta das necessidades ao que tange a um cuidado mais seguro [...]” (HERR; AOZANE; KOLANKIEWICZ, 2015, p. 2300).

Além de funcionar como um guia instrutivo e recomendatório, o PNSP orienta a atuação dos profissionais, por meio da menção a determinados protocolos considerados como mais confiáveis para uma atividade segura em saúde. Assim, são determinados os seguintes protocolos:

[...] prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais [...] (BRASIL, 2013, p. 19).

O referido documento instrutivo esclarece que os dois primeiros protocolos (prática de higienização e cirurgia segura) contemplam aspectos ou desafios globais, ao passo que os demais protocolos são mais específicos, visto que se direcionam a assistência segura atribuída ao paciente.

Estudo de revisão sistemática de literatura realizado por Souza e colaboradores (2017) constatou a adesão desses protocolos no âmbito das instituições de saúde. Alguns deles configuram-se como procedimentos básicos, como higienização das mãos e identificação de pacientes, o que não implica afirmar que possuem menor

importância no comparativo com procedimentos mais complexos, como segurança na prescrição, úlceras por pressão, dentre outros.

Esses protocolos precisam permear o cotidiano de profissionais e pacientes, por conseguinte, devem fazer parte das práticas rotineiras que sustentam uma unidade hospitalar. Embora sejam de suma importância na efetivação da segurança em saúde, a pesquisa de Souza et al. (2017) constatou ineficiência no cumprimento de todos os protocolos recomendados. As fragilidades detectadas, em linhas gerais, estão relacionadas à ausência de uma cultura de segurança efetiva, destacando-se como problemas mais frequentes: a falta de capacitação profissional e o pouco engajamento pessoal e coletivo, especificamente quanto à comunicação das boas práticas de segurança na instituição.

Esses desafios presentes na realidade hospitalar funcionam como fatores interferentes negativamente na cultura de segurança e, por decorrência, comprometem a consolidação de uma gestão de qualidade total no âmbito hospitalar. Uma das alternativas apontadas para minimização dessas dificuldades diz respeito à institucionalização de setores específicos para gerenciar a gestão de segurança, tal como exemplo, a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), conduzido por equipe multiprofissional e com objetivo de conduzir a atuação das equipes de trabalho. Além disso, não se pode negar a necessidade de fortalecimento das redes de segurança, com a intenção de desencadear “[...] a comunicação rápida e efetiva das evidências, experiências e recomendações destinadas a garantir a segurança” (HERR; AOZANE; KOLANKIEWICZ, 2015, p. 2304).

No entendimento de Graf (2016), os centros de apoio à segurança e qualidade ao paciente, também denominados de escritórios de qualidade, funcionam como locais de aperfeiçoamento profissional, oferecendo suporte para qualificação e capacitação dos profissionais da saúde. Em linhas gerais, os escritórios realizam treinamentos, protocolos e pesquisas, embora as tarefas possam ser muito mais abrangentes. Dessa forma, conforme identificado na pesquisa de Graf (2016, p. 41), realizada em hospital de pequeno porte, o escritório viabilizou “[...] envolvimento dos funcionários, envolvimento e apoio da alta gestão, treinamentos e autonomia do escritório da qualidade”.

A implantação desses locais está diretamente relacionada ao envolvimento dos gestores com as questões de segurança. Portanto, *a priori*, faz-se necessário estabelecer no hospital boas práticas de segurança, de modo a estimular a cultura de segurança. Após esses procedimentos iniciais, programas precisam ser instituídos, o que envolve um conjunto de ações e engajamento de profissionais responsáveis, o que determina a criação dos escritórios de qualidade em saúde (HADDAD; ÉVORA, 2012).

Em síntese, não resta dúvida de que os serviços oferecidos por esses setores estão voltados à gestão de segurança hospitalar, por meio do estabelecimento, da avaliação e do controle dos programas relacionados à segurança. Os programas de prevenção precisam estar em sintonia com os programas de detecção, de registro e de correção de deficiências. Ademais, torna-se necessário despertar os estímulos das equipes de trabalho, envolvendo o maior número possível de profissionais (LIMA et al., 2014).

2.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A cultura de segurança é um elemento pertencente a um contexto mais abrangente, relacionado à segurança organizacional da unidade ou ambiente onde são oferecidos os serviços de saúde. Portanto, a segurança do paciente é elemento da cultura organizacional, sendo essa definida como o conjunto de normas, crenças e valores que permeiam o funcionamento de uma organização (TOSO et al., 2016).

Para que as atividades desenvolvidas, na área da saúde, atinjam resultados satisfatórios, com foco na assistência de qualidade prestada a pacientes, os recursos utilizados nos processos de trabalho precisam ser gerenciados. Portanto, gerenciar os serviços de saúde é uma ação necessária e, como tal, influenciada pela cultura da instituição que oferece esses serviços (FARIAS; ARAÚJO, 2017).

Com base nas peculiaridades e propósitos de cada instituição, a cultura organizacional é elemento básico para o estabelecimento das normas que conduzirão as atividades e desempenho dos profissionais. Na sociedade atual, a gestão dos serviços de saúde tem sido cada vez mais valorizada, cujos propósitos dela é o de “[...] preconizar o compartilhamento, o trabalho em equipe, a valorização

das necessidades dos indivíduos (pacientes e trabalhadores), a integralidade do cuidado, a humanização das relações interpessoais, compreendendo o elemento humano como agente das ações em saúde” (ROCHA et al., 2014, p. 313).

Cultura e gestão representam elementos que integram os serviços e unidades de saúde, influenciando profissionais de diferentes áreas que atuam no cuidado e na assistência. Em linhas gerais, o que se busca é levantar variáveis, ocorrências e intervenções que contribuam positivamente nas mudanças e melhorias dos serviços, que favorecem a saúde do trabalhador, entre outros fatores inerentes ao processo de trabalho e seu gerenciamento. O controle desses fatores, certamente, interferirá na segurança do paciente (FONSECA et al., 2018).

Para que essa “segurança” se concretize, as instituições precisam incorporar a cultura de segurança, “[...] sendo preciso que todos os profissionais aceitem a responsabilidade pela segurança de si mesmo, seus colegas de trabalho, pacientes e visitantes [...]” (SILVA et al., 2018, p. 10). Desse modo, a segurança do paciente torna-se prioridade em detrimento às metas financeiras e operacionais. Salienta-se que “[...] os erros devem ser vistos como uma fonte de aprendizagem e o redesenho de processos e os recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança” (SILVA et al., 2018, p. 10).

A cultura da segurança vai muito além do oferecimento de recursos materiais e de uma atuação meramente técnica por parte dos profissionais e gestores. Ela envolve, também, a gestão das falhas, a cultura da conscientização, das relações harmoniosas, que rompem com práticas punitivas, priorizando o diálogo, a troca de experiências e o aprendizado coletivo (SOUZA et al., 2019).

Dentre outras estratégias que permeiam a cultura de segurança, cita-se a prática da notificação de eventos adversos, cujos efeitos têm possibilitado maior aproximação entre líderes e equipes de trabalho, reforçando o papel desempenhado pela comunicação e relações educativas. Com efeito, a partir dessas práticas, é possível superar a realidade punitiva, estabelecer o anonimato nas notificações, gerando subnotificações. Os resultados oriundos dessa realidade gerarão “[...] mudanças de hábitos, de valores e de comportamentos em relação ao cuidado em saúde na perspectiva da segurança do paciente, influenciando, assim, a prática profissional” (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017, p.7).

Considerados como organizações, os hospitais adotam modelos de gestão, cujo foco esteja centrado nas pessoas, incluindo-se pacientes, colaboradores e acompanhantes. Nesse sentido, especificamente no contexto da enfermagem nas unidades hospitalares,

[...] para uma cultura de segurança positiva, torna-se imprescindível uma liderança comprometida com a melhoria contínua da qualidade, o estímulo ao trabalho em equipe centrado em apoio mútuo e compartilhamento de informações, bem como avaliação dos erros com foco em discussões dos erros notificados, capacitações e educação contínua. [...] Acredita-se que a implementação de intervenções multifacetadas, pautadas nas dimensões da cultura de segurança, possam auxiliar enfermeiros e equipe na prevenção de erros em diversos níveis e setores dos cuidados em saúde (LEMOS et al., 2018, p. 1).

Tomados em conjunto, esses aspectos relacionados à cultura de segurança irão viabilizar ou interferir nas relações de trabalho e nas condições oferecidas para realização das atividades, com vistas à formação do clima de segurança. A respeito desse aspecto nas unidades de terapia intensiva, Santiago e Turrini (2015) salientam que os fenômenos organizacionais perfazem a cultura da organização – conduzindo os valores e crenças intrínsecos. Todavia, esse processo é complexo, sendo que, na maioria dos casos, não são percebidos, haja vista o clima manifestado em dado período de tempo, e acabam por receber influência das lideranças e dos processos de mudança, internos e externos experimentados.

O clima de segurança, segundo Kolankiewicz e colaboradores (2017), é composto por componentes da cultura e possibilitam a ocorrência das interações firmadas entre as pessoas que tramitam no serviço ou unidade de saúde. São itens constituintes do clima, por exemplo, o comportamento dos gestores, os sistemas de segurança e as percepções dos profissionais. Mesmo com iniciativas e estratégias para análise desse clima, tal atividade requer constante monitoramento, haja vista permitir a identificação de falhas que resultem na formalização de planos de ação.

A cultura de segurança contribui para a condução dos processos gerenciais da organização de saúde, cuja cultura organizacional é fator interferente nessa segurança e no modelo de gestão adotado.

De acordo com a Portaria nº 529 de 1º de abril, a Cultura de Segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- a) 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;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança; e

Conforme discorrido, é possível entender que a cultura de segurança corresponde à filosofia de gestão adotada em uma unidade hospitalar ou quaisquer serviços de saúde, a qual objetiva estabelecer estratégias, ações e projetos direcionados a fixar hábitos e comportamentos relacionados à segurança quanto aos procedimentos realizados em pacientes. Esse é um tema recente, que vem sendo adotado com grande frequência na literatura, embora inúmeros desafios ainda existam, sobretudo, no que tange à atuação dos gestores em prol de valorizar o ato de conscientizar em detrimento à ação de punir (CALORI; GUTIERREZ; GUIDI, 2015).

Para Andrade et al. (2018, p. 161), a cultura da segurança ainda não está impregnada nas instituições hospitalares do Brasil, haja vista a pouca satisfação de pacientes quanto ao atendimento prestado por profissionais. Para esses autores, tal cultura caracteriza-se como “[...] um importante componente estrutural dos serviços que favorece a implantação de práticas seguras e diminuição de incidentes de segurança [...]”.

Trata-se de um tópico específico da gestão organizacional em hospitais, sendo, portanto, um tema relacionado à gestão da qualidade dos serviços em saúde. Estabelecer mudanças em prol da conscientização quanto a riscos possíveis que

comprometam a saúde e bem-estar dos pacientes requer o conhecimento e participação dos gestores de saúde, no que tange às formas de planejamento, organização e controle das atividades operacionais de um serviço de saúde (GRAF, 2016).

A cultura voltada à segurança representa uma estratégia de melhoria contínua dos processos de trabalho, sobretudo os operacionais, realizados por diferentes profissionais da saúde, o que requer o comprometimento de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, dentre outros, com as questões de segurança. A esse respeito, no intuito de que esse comportamento em prol da segurança do paciente se efetive de maneira positiva “[...] é necessário um engajamento em níveis político; estratégico; e operacional do hospital, em uma mobilização integrada, que envolva a gestão hospitalar e os demais trabalhadores” (SILVA-BATALHA; MELHEIRO, 2015, p. 441).

A cultura de segurança se relaciona aos elementos da gestão de pessoas. Essa gestão é definida como o gerenciamento dos recursos vivos da organização, os quais serão responsáveis, se bem administrados, pelo uso do conhecimento, elemento que agrega valor econômico e contribui com as decisões (DEMO; FOGAÇA; COSTA, 2018). Reforça-se que, no mundo atual, “[...] conhecimento não está nas máquinas, e sim nas pessoas que aprendem e repassam esses conhecimentos para as empresas através de comportamentos e atitudes [...]” (CAMPOS; DIAS, 2012, p. 599).

Sendo assim, a gestão de pessoas como agregador de valor para a cultura de segurança, potencializa a produção de conhecimento e formação de novas ideias. Isso porque,

[...] por meio do diálogo e da discussão, os membros de equipes criam novos pontos de vista, reúnem suas informações e as examinam de vários ângulos e, com o tempo, chegam a integrar suas perspectivas individuais em uma perspectiva coletiva. Isso envolve muitos conflitos e desacordos, mas é exatamente esse conflito que impulsiona o questionamento das premissas existentes e dá sentido a suas vivências em uma nova forma (CAMPOS; DIAS, 2012, p. 599-600).

O objetivo da interação entre cultura e gestão de pessoas é promover mudanças comportamentais nos colaboradores da instituição, sejam eles pertencentes aos diferentes setores e níveis organizacionais. Com efeito, a cultura de segurança concretiza-se como “[...] um conjunto de intervenções enraizadas nos princípios da

liderança, do trabalho em equipe, na mudança de comportamento [...]” (SILVA; CARVALHO, 2016, p. 11). Ainda no entendimento desses autores, considera-se que:

[...] estão inclusos na estratégia da promoção da segurança do paciente intervenções únicas ou várias intervenções articuladas, como na gestão, na implantação de um sistema de relato de eventos efetivo, treinamentos em equipe, melhoria na comunicação, na colaboração e na liderança e discussão das potenciais ameaças à segurança do paciente [...] (SILVA; CARVALHO, 2016, p. 11).

Os autores supracitados mencionam que a literatura apresenta diferentes estudos com abordagem teórica e/ou empírica, acerca de como a cultura se apresenta, sendo que a maioria identifica a necessidade de se realizar uma avaliação pré-intervenção, além de reforçar os benefícios oriundos com a pós-implantação de programas e medidas de segurança, fato esse que reforça, cada vez mais, a cultura de segurança nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

A metodologia científica corresponde a um conjunto de ações que visam coletar e explorar dados com o fim de formular resultados que sejam passíveis de aferir conclusões a respeito do problema investigado (GIL, 2010). Trata-se de um processo sistemático conduzido por procedimentos práticos que garantirão a seleção de técnicas e formas de avaliar alternativas para a ação científica que confirmem/validem os resultados alcançados (MARCONI; LAKATOS, 2018).

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, analítico e de abordagem quantitativa.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida com profissionais de saúde do setor de Clínica Médica (CM), 2º andar, de um Hospital Público na região Sudeste.

O setor de Clínica Médica (CM) é composto por 31 leitos voltados para as especialidades de cardiologia, gastrologia, pneumologia e neurologia, com taxa de ocupação média de 95%.

Esse hospital é considerado um dos maiores da rede pública de saúde do Espírito Santo, tendo em vista o volume de atendimentos, sobretudo de alta complexidade. Está localizado no Câmpus Universitário de Maruípe, em Vitória, e cumpre a função de hospital-escola, atuando na formação acadêmica em diferentes áreas da saúde, de modo integrado no ensino, na pesquisa e na extensão. Funciona com mais de 300 leitos, atendendo várias especialidades e, gratuitamente, 24 horas por dia, pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Serve ainda como campo de prática para os cursos de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS), de Residência Médica e Multiprofissional.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Na Clínica Médica conta-se com a assistência mediada por 62 profissionais que compõem o quadro de pessoas, sendo dividido em: 31 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 10 enfermeiros, 10 médicos *staff*, cinco fisioterapeutas, dois nutricionistas, dois fonoaudiólogos, um psicólogo e um assistente social. Os profissionais, tais como, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais não fizeram parte da pesquisa, pois não possuem lotação específica neste setor. Esses são solicitados quando surge uma demanda pontual.

Como critérios de inclusão, participaram do estudo todos os profissionais de saúde lotados no setor de Clínica Médica e que possuíam vínculo com a organização há pelo menos um ano. Foram adotados como critérios de exclusão: profissionais que no período da coleta de dados estavam de férias, licenças e/ou afastamentos do serviço.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de junho-julho de 2019, e contou-se com a ajuda de dois acadêmicos de enfermagem. Para a coleta de dados foi utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire - SAQ*), cujo objetivo é mensurar a cultura de segurança, conforme ANEXO A. Esse instrumento foi validado e adaptado para a realidade dos hospitais brasileiros por Carvalho e Cassiani (2012), e é composto por duas partes: a primeira, contém 41 questões envolvendo a percepção sobre segurança do paciente e a segunda parte, visa a coletar dados do profissional: cargo exercido, gênero, atuação principal e tempo de atuação. Assim, esse instrumento mensura a percepção dos profissionais de saúde por meio de seis domínios: 1 - Clima de Trabalho em Equipe: considerado como a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe (itens 1 a 6); 2 - Clima de Segurança: percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente (itens 7 a 13); 3 - Satisfação no Trabalho: visão positiva do local de trabalho (itens 15 a 19); 4 - Percepção do Estresse: reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho (itens 20 a 23); 5 - Percepção da Gerência:

aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua, quanto do hospital como um todo (itens 24 a 29); e 6 - Condições de Trabalho: percepção da qualidade do ambiente de trabalho (itens 30 a 32) (CARVALHO, CASSIANI, 2012; SEXTON et al., 2006).

A resposta de cada item segue a escala de cinco pontos de Likert: discorda totalmente (A), discorda parcialmente (B), neutro (C), concorda parcialmente (D), concorda totalmente (E) e não se aplica. O escore final do instrumento varia de 0 a 100, zero corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e 100 à melhor percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é igual ou maior a 75. Quanto à pontuação, foi assim ordenada: (A) discorda totalmente vale 0 pontos, (B) discorda parcialmente vale 25 pontos, (C) neutro vale 50 pontos, (D) concorda parcialmente vale 75 pontos, (E) concorda totalmente vale 100 pontos, e (X) não se aplica, vale 0 pontos.

A contagem dos escores é realizada da seguinte forma: primeiramente, os itens reversos (nº 2, 11 e 36) são recodificados, por exemplo, a resposta "eu discordo totalmente" se torna "concordo totalmente" e assim por diante. Segundo, os itens são agrupados por domínios. As questões 14, 33, 34, 35 e 36, que se referem à colaboração entre equipes e falhas na comunicação, não pertencem a nenhum domínio segundo o autor do instrumento, sendo definidas como itens isolados. Sendo assim, não foram utilizadas. Por fim, é feita a soma das respostas das questões de cada domínio e o resultado é dividido pela quantidade de itens de cada domínio.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados buscou manter a coerência entre os referenciais teóricos e o tipo de metodologia proposto para o estudo. Os dados foram inseridos em planilha no Excel e no processo de digitação, optou-se por uma validação via dupla digitação. Todos os questionários do estudo foram digitados e redigitados. Caso houvesse discordância, a correção era feita com base no respectivo instrumento. As informações de cada questionário foram inseridas e processadas no *Social Package Statistical Science* (SPSS), versão 22.0. O nível de significância considerado para o estudo foi de 5%, com intervalo de confiança de 95%. As variáveis categóricas foram

descritas em números absolutos e percentuais e as quantitativas expressas por média e desvio padrão. Para comparar as médias, aplicou-se o teste *t student* e utilizado a correlação de Pearson para avaliar a associação entre os domínios. Os dados foram apresentados por meio de tabelas e figuras editadas na planilha de Excel®.

Primeiramente, foi feita análise estatística descritiva, por meio do cálculo de frequência, proporção, média e desvio padrão, optando pelos testes paramétricos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo se norteou pelas orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, por meio da Resolução nº. 466 de 2012, que visa garantir a dignidade e integridade dos participantes das pesquisas em seres humanos. Nesse sentido, a pesquisa somente teve andamento, quando aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Espírito Santo. Solicitou-se anuência da instituição para a realização da pesquisa (APÊNDICE B). Ainda, considerando o respeito ao anonimato dos participantes, todas as medidas que garantiam a confidencialidade e o sigilo foram adotadas. Os profissionais somente participaram do estudo após preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). O projeto, cujo CAAE é 56111716.2.0000.5060, foi aprovado sob o número do parecer: 1.789.822 (ANEXO B).

3.7 RISCOS

Conforme Resolução Nº 01 de 13/06/1988 do Conselho Nacional de Saúde, essa pesquisa apresentou risco mínimo aos participantes, uma vez que a coleta de dados foi conduzida de forma que se sentissem confortáveis e seguros no fornecimento das respostas. Os riscos que a pesquisa apresentou foram a quebra do sigilo em relação à identificação dos participantes do estudo e o constrangimento em responder alguma pergunta do questionário. Entretanto, a pesquisa foi desenvolvida de forma que se garantiu a manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal e às informações obtidas, com relação à divulgação dos dados. Ainda assim, garantiu-se ao participante da pesquisa a possibilidade de se recusar a responder qualquer uma

das perguntas e/ou mesmo a possibilidade de desistir da participação em qualquer momento.

3.8 BENEFÍCIOS

Ao conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança do paciente, o estudo identificou as potencialidades e fragilidades do setor de Clínica Médica, permitindo assim, futuras implementações de intervenções, visando melhoria na qualidade e na segurança da assistência aos pacientes.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação foram organizados em três tópicos:

- Artigo 1 – Cultura de Segurança do Paciente dos profissionais de saúde nas instituições de saúde: uma revisão sistemática.
- Artigo 2 – Percepção da Cultura de Segurança do Paciente por profissionais de saúde da Clínica Médica de um Hospital Público.
- Produto técnico-científico: Diagnóstico Situacional do setor de Clínica Médica.

4.1 ARTIGO 1

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

RESUMO

Objetivou-se verificar qual é a percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde nas instituições de saúde. Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo sistemática a partir da pergunta norteadora “Qual é a percepção da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde, pelos profissionais de saúde?” O levantamento dos artigos foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores “Qualidade em saúde” AND Segurança do paciente AND Cultura de Segurança”, de forma isolada e associada. A busca gerou o resultado de 324 artigos. Para a análise, foram excluídos artigos duplicados, revisões de literatura, estudos que trataram da validação do instrumento, da avaliação das propriedades psicométricas e de indicadores de qualidade em saúde, além daqueles que não respondiam à pergunta norteadora aplicada a instituições de saúde e seus profissionais. Os 15 artigos selecionados avaliaram a Cultura de Segurança do Paciente nas instituições de saúde. A maioria foi publicado na língua inglesa, foram realizados em instituições públicas e de Atenção Terciária, avaliaram a equipe de saúde multiprofissional e utilizaram o HSOPSC, além de apresentarem as dimensões “Trabalho em equipe no âmbito das unidades”, “Aprendizagem organizacional e melhoria contínua”, “Satisfação no trabalho” e “Expectativa / ações dos supervisores” com maior porcentual de respostas positivas, enquanto que as dimensões com maior porcentual de respostas negativas foram: “Pessoal”, “Percepção geral da segurança do paciente”, “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” e “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”. As publicações referentes à cultura de segurança do paciente são crescentes nos estabelecimentos de saúde, principalmente no âmbito hospitalar, visto que é um tema de grande importância e impacto na qualidade dos cuidados de saúde, porém ainda existem lacunas que necessitam ser estudadas e trabalhadas nos modelos de gestão e organização nos diversos níveis de atenção.

Descritores: Qualidade em saúde. Segurança do paciente. Cultura de segurança.

PATIENT SAFETY CULTURE OF HEALTH PROFESSIONALS IN HEALTH INSTITUTIONS: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT

This study aimed to verify the perception of the patient safety culture from point of view of professionals in the health institutions. This is a systemic literature review study based on the guiding question. "What is the patient safety culture in health institutions by health professionals?". The survey article was conducted at the Virtual Health Library (VHL), applying the indicators "Quality in Health" and Patient Safety and Safety Culture", in a way isolation and associated. That search resulted in 324 articles found. For an analysis, duplicate articles, literature reviews, instrument validation studies, evaluation of psychometric properties and health quality indicator were excluded, besides those who did not answer the guiding question applied to health institutions and their professionals. The 15 articles were analyzed as a Patient Safety Culture in their health facilities. Most were released in English and were published in public institutions and Tertiary Care, these articles evaluated the multidisciplinary health team and used the HSOPSC, furthermore it introduced a work dimension "Teamwork within the units", "Organizational learning and continuous improvement," "Job satisfaction" and "Expectation / Supervisors' action" with the highest percentage of positive responses, while the dimensions with the highest percentage of negative responses were: "Staff ", "General Perception of Patient Safety", "Hospital Management Support for Patient Safety "and" Teamwork among the hospital units". Publications on patient safety culture are growing in healthcare facilities, especially in hospitals, as it is a topic of great importance and impact on the healthcare quality, but there are still gaps that need to be studied and worked on the management and organization models at the different level of care.

Keywords: Health Quality, Patient Safely, Safely Culture

INTRODUÇÃO

A segurança do Paciente é uma temática que está cada vez mais discutida no meio profissional e acadêmico, sendo umas das principais necessidades no âmbito assistencial. Sabe-se que todo e qualquer indivíduo possui o direito de receber uma

assistência à saúde de qualidade e livre de danos, assim como, prestarem uma assistência eficiente e segura em todos os seus processos, é dever de todo serviço de saúde.⁽¹⁻²⁾

A temática segurança do paciente tem sido considerada prioridade nas questões que dizem respeito à qualidade da assistência, visto que é uma dimensão da qualidade em cuidados de saúde, configurando-se assim, em um grande desafio às organizações de saúde. Diversos esforços têm sido realizados para poder conscientizar as instituições e profissionais que necessitam ampliar sua cultura de Segurança.⁽³⁻⁵⁾

A segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.^(1,6) A partir disso, compreende-se que todas as organizações que prestam assistência à saúde, têm a responsabilidade de fazer com que os erros que ocorrem aos pacientes sejam eliminados ou reduzidos.⁽⁷⁾

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o erro é definido como a falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano, é tido como não intencional, ainda que cause ou se torne um evento adverso.^(1,8-9)

Entende-se como evento adverso, o incidente que resulta em dano ao paciente durante a prestação do cuidado.^(1,10) Danos estes que podem resultar em graves consequências, além de ser oneroso para suas vítimas e para os sistemas de cuidados de saúde.⁽¹¹⁾ Em relação aos incidentes temos ainda as situações notificadas, os *near miss* e os incidentes sem danos, todas estas situações precisam ser consideradas nas tomadas de decisão.

Segundo Pavão e colaboradores ⁽¹²⁾, os eventos adversos afetam em média 10% das admissões hospitalares, além disso, são facilmente identificados, pois como causam danos, facilita que as organizações de saúde contabilizem a quantidade de erros que são cometidos.

A concepção de que o profissional de saúde não erra está disseminada na sociedade e, particularmente, entre os profissionais de saúde, pois, desde a graduação, tem-se a errada percepção que os “bons profissionais não erram”, ou

que “basta ter atenção que não há erro”, porém, poucos se dão conta de que errar é humano e que o processo organizacional precisa prever tais erros e instituir medidas para preveni-los.^(1,8,13)

Apesar de todos os avanços no âmbito da segurança do paciente, o erro humano é um dos fatores que se destaca ⁽¹⁴⁾. A fim de que esses erros e eventos adversos sejam evitados, identificados e analisados, é necessário que as organizações de saúde compreendam a cultura de segurança. Dessa forma, melhorias serão criadas e implementadas, visando à qualidade e segurança dos cuidados em saúde, com o intuito de impulsionar a segurança dos pacientes.^(11,15)

Elevar os padrões de cultura de segurança é uma estratégia eficaz para redução dos erros. A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, percepções e competências grupais e individuais que determinam um padrão de comportamento e comprometimento da instituição, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

Segundo Lemos et al.⁽¹⁷⁾, para alcançar uma cultura de segurança, é necessário compreender estes valores, além do que é importante numa instituição, tais como, suas crenças, normas e atitudes e, quais os hábitos e condutas que são aceitos e tolerados pelos colaboradores no que tange à segurança do paciente.

As organizações de saúde precisam compreender o conceito e avaliar como é a sua cultura de segurança, iniciando em nível de cada unidade ou departamento até integralizar toda a organização.⁽¹⁸⁾ É importante conhecer a cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde, visto que, estão envolvidos diretamente no cuidado.⁽³⁾ Quando uma instituição elabora e estabelece uma cultura de segurança entre os seus profissionais, ela aumenta a sua capacidade de aprimorar os resultados da segurança do paciente.⁽¹⁹⁾

Frente a essas considerações, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática, a fim de verificar qual é a percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde nas instituições de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo sistemática realizada nos meses de agosto a outubro de 2018, com o intuito de responder a seguinte pergunta norteadora: Qual é a percepção da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde, pelos profissionais de saúde?

Para levantamento de dados, a busca dos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando o descritor segurança do paciente e os termos associados cultura de segurança e qualidade em saúde, com os iguais termos em inglês e espanhol. A coleta de dados foi realizada por dois pesquisadores com experiências em trabalhos acadêmicos, no mesmo horário e utilizando o mesmo provedor de internet. Caso ocorressem divergências na inclusão ou exclusão de algum artigo os pesquisadores se reuniam e debatiam sobre a temática.

Inicialmente, os descritores foram utilizados de forma isolada e em seguida, associados utilizando o seguinte modelo: “Qualidade em saúde” AND Segurança do paciente AND Cultura de Segurança”. Aplicou-se os filtros: assunto principal, segurança do paciente e gestão da segurança; tipos de estudos: estudo de coorte, guia de prática clínica, ensaio clínico controlado e estudo de casos e controles; idiomas: inglês, português e espanhol. Após essas buscas isoladas os artigos foram integrados a uma planilha única e os artigos duplicados foram desconsiderados.

Como critérios de inclusão, foram definidos os estudos que avaliaram a cultura de segurança do paciente em alguma instituição de saúde. Os critérios de exclusão definidos consistiram em estudos de revisões de literatura, estudos que trataram da validação do instrumento e da avaliação das propriedades psicométricas, além daqueles que não respondiam à pergunta norteadora aplicada a instituições de saúde e seus profissionais.

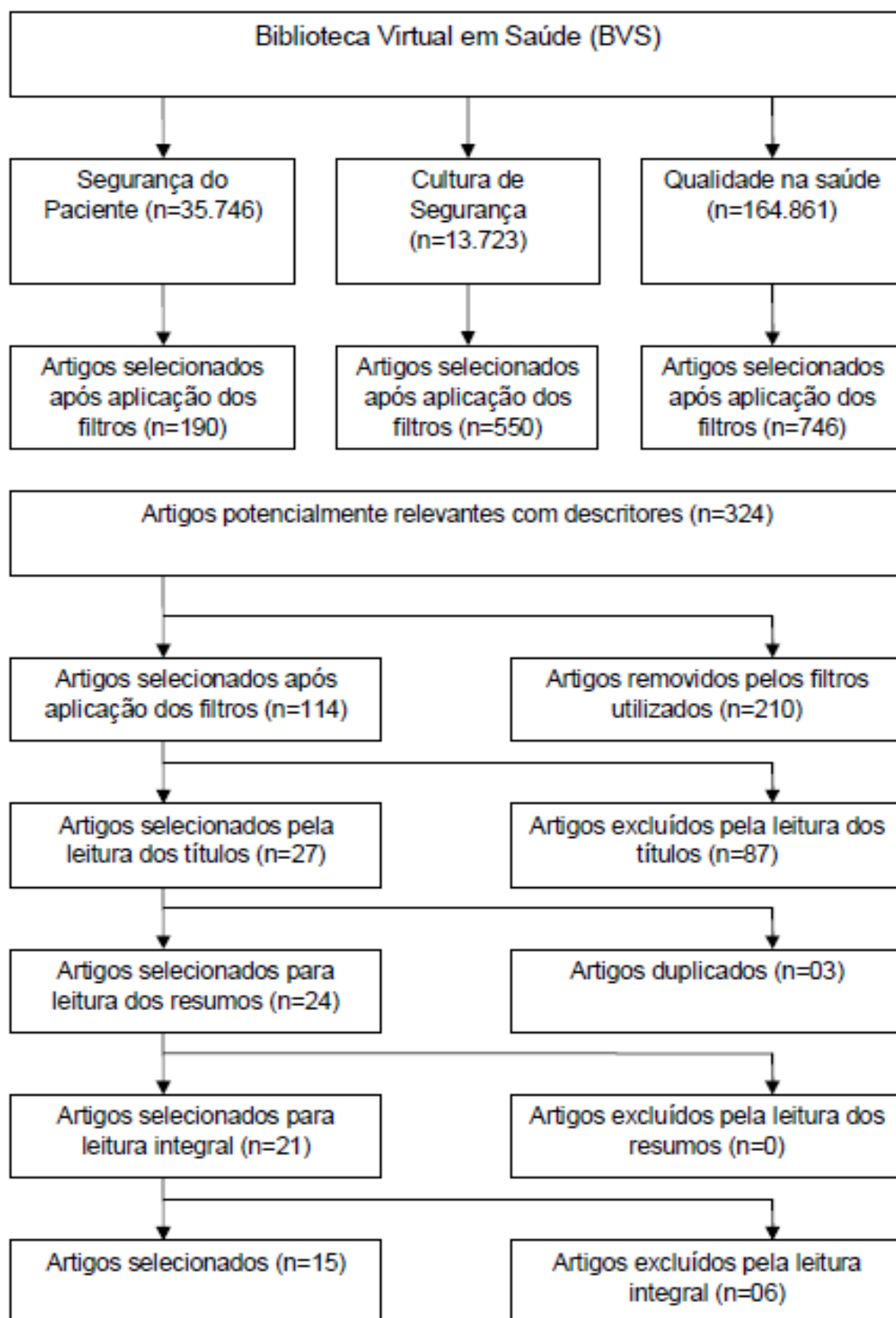
Após esta primeira seleção, como a aplicação dos filtros, continuou-se o processo de avaliação, primeiramente, a avaliação do título, seguido da leitura e avaliação dos resumos, e posteriormente, quando adequados, foram lidos e analisados na íntegra os artigos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão.

RESULTADOS

Após a primeira etapa do processo de revisão sistemática, selecionou-se 27 artigos. Ao utilizar o descritor segurança do paciente, foram encontrados 35.746 artigos e, após a aplicação dos filtros, 190 artigos foram selecionados. Utilizando os termos associados, cultura de segurança e qualidade em saúde, foram encontrados 13.723 artigos e 164.861 artigos, respectivamente, e após aplicação dos filtros, permaneceram 550 e 746 artigos, respectivamente. A partir da associação do descritor com os termos associados, foram localizadas 324 publicações. Aplicando-se os filtros, selecionou-se 114 artigos. Após estas buscas os artigos foram integrados em uma planilha única.

Após avaliação dos títulos, 87 artigos foram excluídos, além de 03 artigos duplicados. A partir da leitura dos resumos, nenhum artigo foi excluído, restando 24 artigos para leitura integral. Desses, 03 artigos foram excluídos por não atenderem aos requisitos, visto que eram estudos de revisões de literatura, de validação do instrumento e de avaliação das propriedades psicométricas. Após este processo, os pesquisadores decidiram excluir mais três artigos por não abordarem a questão da cultura de segurança do paciente e sim indicadores de qualidade em saúde, restando assim, 15 artigos. Como apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção das publicações da revisão sistemática.



Os 15 artigos selecionados avaliaram a Cultura de Segurança do Paciente nas instituições de saúde. A maioria, nove artigos, foi publicada em língua inglesa (60%), quatro na língua portuguesa (26,66%) e dois na língua espanhola (13,33%). Quatro desses estudos foram realizados no Brasil (26,66%), dois nos Estados Unidos (13,33%), dois na Espanha (13,33%), e os demais, com apenas um estudo cada (6,66%), foram realizados na França, Argentina, Holanda, Alemanha, China, Suécia e Al Mukalla.

Quanto ao ano de publicação, observou-se uma organização temporal dos estudos, com início em 2011 e término em 2018, sendo que no ano de 2016, nenhum artigo foi publicado. Notou-se uma maior publicação dos artigos nos anos de 2015, 2017 e 2018, com três artigos (20%), respectivamente.

Em relação aos modelos de gestão, seis estudos foram realizados em instituições públicas (40%), dois em privadas (13,33%), um em filantrópica (6,66%) e seis não foram possíveis ser identificados (40%). Dentre os estudos, um foi realizado simultaneamente em uma instituição pública e privada. Em relação ao nível de atenção à saúde das instituições, 13 estudos foram realizados em instituições de Atenção Terciária (86,66%) enquanto apenas dois, em Atenção Primária (13,33%). Não foi encontrado nenhum estudo em atenção ambulatorial.

Quanto aos profissionais envolvidos, nove estudos avaliaram a equipe de saúde multiprofissional (60%), composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais; dois, somente enfermeiros (13,33%), dois, somente médicos, sendo que um destes estudos avaliou também os internos e residentes de medicina (13,33%), um foi realizado somente com a equipe de enfermagem (6,66%) e um com médicos e enfermeiros (6,66%). A amostra dos profissionais avaliados nos estudos variou de 50 a 140.316 participantes.

Em relação ao instrumento utilizado para avaliação da cultura de segurança do paciente, nove estudos utilizaram o Questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) (53,33%), dois utilizaram o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) (13,33%) e cinco artigos (33,33%) utilizaram instrumentos específicos e não validados para o Brasil, tais como: Questionnaire to evaluate Patient Safety in clinical laboratories; Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC); SCOPE-

PC Questionnaire; Matriz Frankfurt (FraTrix) e WalkRounds baseado em Manchester Patient Safety Assessment Framework.

Quanto aos principais resultados, observou-se que as dimensões de cultura de segurança do paciente com maior percentual de respostas positivas nos estudos foram: “Trabalho em equipe no âmbito das unidades” (40%) e “Aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (20%), seguida de “Satisfação no trabalho” e “Expectativa / ações dos supervisores” com 13,33%, respectivamente. Enquanto que as dimensões com maior percentual de respostas negativas foram: “Pessoal” (40%), “Percepção geral da segurança do paciente”, “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” e “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”.

No Quadro 1, apresenta-se um resumo dos artigos selecionados pela revisão sistemática. Para uma melhor compreensão, as publicações foram categorizadas da seguinte forma: título; autores; país e ano de publicação; local do estudo; público avaliado; instrumento utilizado para avaliação de cultura de segurança do paciente, além dos principais resultados encontrados.

Quadro 1: Publicações por título, autores, país/ano, local do estudo, público avaliado, instrumento utilizado e principais resultados

Título	Autor	País/Ano	Local Do Estudo	Público Avaliado	Instrumento Utilizado	Principais Resultados
The contribution of open comments to understanding the results from the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS): A qualitative study.	Boussat B, Kamalana vin K, Francois P	França, 2018	Hospital Universitário	5.064 profissionais da equipe multiprofissional.	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS C)	A análise qualitativa identificou várias falhas estruturais. As falhas relatadas com mais frequência foram relacionadas às dimensões de suporte ao gerenciamento de pessoal e hospitalar. Os profissionais de saúde perceberam a falta de recursos, incluindo falta de pessoal, como a principal barreira para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente. Foram identificadas questões organizacionais concretas relacionadas a transferências hospitalares e coordenação de riscos, tais como transferências dos departamentos de emergência e a falta de feedback após o auto-relato de incidentes.

Cultura de segurança do paciente em hospital privado / Cultura del paciente en privado de seguridad hospital / Culture of patient safety in hospital private	Golle L, Ciotti D, Herr GEG, et al.	Brasil, 2018	Hospital privado	215 profissionais : enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem	Safety Attitudes Questionnaire – SAQ,	Prevaleceram as profissionais do sexo feminino (92,6%), auxiliares/técnicos de enfermagem (84,7%), atuação principal em pediatria e adulto (47,4%), com experiência na especialidade superior a 3 anos (64,6%). Os escores satisfatórios encontrados por domínios foram: clima de trabalho em equipe (76), satisfação no trabalho (88) e condições de trabalho (91). A percepção dos profissionais de enfermagem referente à gerência do hospital e da unidade apresentaram escores baixos, 66% e 67% respectivamente.
Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. / [Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management]	Andrade, L.E.L et al.	Brasil, 2018	Hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão: federal, estadual e privado.	1.576 profissionais da equipe multiprofissional.	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	A taxa de resposta foi de 13,6% (n = 215). A segurança do paciente teve nota entre 7 e 10, para 78,1% dos respondentes, sendo a maior média das notas apresentada pelo hospital privado (8,32). O tipo de gestão hospitalar, unidade de serviço, cargo e quantidade de notificação de eventos adversos estiveram associados à nota geral da segurança do paciente (p < 0,001). Apenas o hospital privado apresentou fortalezas nas dimensões analisadas, enquanto que as fragilidades apareceram em todos os hospitais.
Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina / Perception on the culture of patient safety among professionals in an Argentinian health institution	F. Ramos, S.M. Coca; R.A. Abeldano	Argentina, 2017	Hospital Privado	203 profissionais da equipe multiprofissional	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	As áreas de fortaleza identificadas corresponderam à aprendizagem organizacional/melhora contínua e ao trabalho em equipe na unidade/serviço, enquanto que a única dimensão avaliada como debilidade foi a referida à dotação de pessoal.
Exploring relationships between hospital patient safety culture and Consumer Reports safety scores.	Scott Alan Smith*, Naomi Yount and Joann Sorra	EUA, 2017	Hospitais	Dados de 164 hospitais, com total de 140.316 profissionais da equipe multiprofissional.	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) x CR Hospital Safety Score.	Escores médios gerais do Hospital SOPS mais elevados foram significativamente associados com maiores Contagens Gerais de Segurança Hospitalares ($\beta = 0,24$, p < 0,05). Para 10 dos 12 compósitos SOPS Hospitalares, maiores escores de cultura de segurança do paciente foram associados com maiores escores de experiência de pacientes com RC na comunicação sobre medicamentos e alta.
Avaliação da cultura de segurança do paciente em	Notaro, K.A.M.	Brasil, 2017	Hospitais públicos	514 profissionais da equipe multiprofissional	Hospital Survey on Patient	Os dados obtidos não mostraram nenhuma dimensão considerada como área de força, porém algumas delas apresentaram oportunidades de

<p>unidades de neonatologia na perspectiva da equipe multiprofissional / Evaluation of the safety culture of the patient in neonatology units from the perspective of the multiprofessional team</p>				<p>onal.</p>	<p>Safety Culture (HSOPS C)</p>	<p>melhoria. As dimensões com maior percentual de respostas positivas foram “Trabalho em equipe na unidade” (59,44%), “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente” (49,90%) e “Aprendizado organizacional - melhoria contínua” (49,29%). As dimensões com o maior percentual de respostas negativas foram “Resposta não punitiva ao erro” (55,45%), “Percepção geral da segurança do paciente” (43,63%) e “Quadro de funcionários” (40,86%). O instrumento de coleta de dados também apresentou variáveis de resultado da cultura, sendo uma delas a percepção do profissional sobre segurança do paciente, em que 47,96% dos sujeitos avaliaram a cultura de segurança como <i>Regular</i>, e 39,8% consideraram a segurança como <i>Muito boa</i>. Desses sujeitos, as categorias médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem avaliaram mais positivamente a cultura de segurança do paciente. No que diz respeito ao número de eventos informados ao supervisor/chefia nos últimos 12 meses, 75,41% dos entrevistados afirmaram não ter preenchido nenhuma notificação nesse período, sendo que os enfermeiros foram responsáveis pelo maior percentual de notificações. Foi possível também estabelecer correlações, quanto maior o trabalho em equipe, maior o grau de segurança do paciente (valor $p < 0,001$). E, quando existe uma cultura de aprendizagem na instituição, o percentual de notificações de eventos tende a aumentar (valor-$p=0,047$). Entretanto, quanto mais tempo de trabalho têm no hospital, menos os profissionais notificam (valor $p=0,027$) e, quanto maior a qualificação profissional, pior a percepção da segurança pelo profissional (valor $p < 0,001$).</p>
<p>A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro / Patient safety culture from the perspective of nurses / La cultura de seguridad del paciente en la percepción del enfermero</p>	<p>Matiello, R. D. C. et al.</p>	<p>Brasil, 2016</p>	<p>Hospital terciário, de caráter filantrópico.</p>	<p>83 enfermeiros</p>	<p>Safety Attitudes Questionnaire – SAQ,</p>	<p>O escore médio total foi de 66, variando de 54,8 para Percepção da gerência a 78,3 para Satisfação no trabalho. Uma percepção positiva da cultura de segurança foi evidenciada por escores >75 pontos na média apenas para Satisfação do trabalho. A maioria dos participantes (89%) concordam que os erros são tratados de forma apropriada.</p>
<p>Assessment of patient safety culture in clinical</p>	<p>Giménez-Marín A. et al.</p>	<p>Espanha, 2015</p>	<p>Laboratórios clínicos de 27 Hospitais</p>	<p>740 profissionais da equipe multiprofissional</p>	<p>Questionnaire to evaluate Patient</p>	<p>Os maiores escores padronizados foram obtidos na Área 1 (individual, social e cultural) com um valor médio de 77 (IC 95%: 76-78), e os mais</p>

laboratories in the Spanish National Health System.			públicos	onal.	Safety in clinical laboratories	baixos, na Área 3 (equipamentos e recursos), com um valor médio de 58 (IC 95%: 57-59). Em todas as áreas, uma maior percepção da segurança do paciente é relatada pelos chefes de serviço do que por outros funcionários.
Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen.	Webair H. H. et al	Al Mukalla, 2015	16 centros de atendimento primário	110 profissionais da equipe multiprofissional.	Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC), Pesquisa do Escritório Médico sobre Cultura de Segurança do Paciente	A cultura de segurança do paciente foi percebida como sendo geralmente positiva, com exceção das dimensões "Abertura da comunicação", "Pressão e ritmo do trabalho" e "Rastreamento / acompanhamento do atendimento ao paciente", pois a resposta positiva percentual dessas dimensões foi de 58, 57 e 52%, respectivamente. No geral, a classificação positiva na qualidade e segurança do paciente foi baixa (49 e 46%, respectivamente).
Evaluating the Clinical Learning Environment: Resident and Fellow Perceptions of Patient Safety Culture.	Bump, G. M. et al	EUA, 2015	50 programas de educação médica de pós-graduação em 10 hospitais dentro de um sistema de saúde integrado.	De 1337 residentes e internos de medicina, 955 responderam	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	Comparado com provedores nacionais, os <i>trainees</i> tiveram menor percepção da cultura de segurança do paciente em 6 dos 12 domínios, incluindo trabalho em equipe dentro das unidades, aprendizado organizacional, suporte à segurança do paciente, percepção geral da segurança do paciente, feedback e comunicação sobre erro e abertura de comunicação. Percepções mais altas foram observadas para as ações de gerente / supervisor promovendo a segurança do paciente e para o pessoal. As percepções da cultura de segurança do paciente não melhoraram com o avanço do ano de pós-graduação.
Exploring patient safety culture in primary care.	VERBAKE L, N.J. et al	Holanda, 2014	Atenção Primária	519 profissionais da equipe multiprofissional.	SCOPE-PC Questionnaire; Matriz Frankfurt (FraTriX)	No geral, a cultura de segurança do paciente foi percebida como positiva. A terapia ocupacional e a terapia de anticoagulação desviou-se mais de outras profissões de maneira negativa, enquanto a fisioterapia desviou-se mais positivamente. Além disso, a maioria das profissões classificou a segurança do paciente como positiva (média = 4,03).
Effects of a team-based assessment and intervention on patient safety culture in general practice: an open randomised controlled trial.	Hoffmann B. et al	Alemanha, 2014	Clínicas gerais	60 enfermeiros	Matriz de Segurança do Paciente de Frankfurt (FraTriX)	Durante as sessões de equipe, as equipes de enfermeiros refletiram sobre sua cultura de segurança e decidiram cerca de 10 ações por enfermeiro para melhorá-la. Após 12 meses, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de intervenção e controle em termos de gerenciamento de erros (probabilidade competitiva = 0,48, IC 95% 0,34 a 0,63, p = 0,823), 11 outros indicadores da cultura de segurança do paciente e escalas de clima de segurança. As práticas de intervenção mostraram melhor relato de incidentes de segurança do paciente, refletido em um maior número de relatórios de incidentes (média (DP)

						4,85 (4,94) vs 3,10 (5,42), $p = 0,045$) e relatos de incidentes de maior qualidade (pontuação 2,27 (1,93) vs 1,49 (1,67), $p = 0,038$) do que as práticas de controle. O FraTrix não levou a melhorias mensuráveis no gerenciamento de erros.
Hospital survey on patient safety culture in China.	Nie Y. et al	China, 2013	32 hospitais (qualquer tipo de hospitais, incluindo hospitais especializados e hospitais de medicina tradicional)	1500 profissionais de saúde, 1160 respondidos de forma válida, incluindo médicos e enfermeiros.	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS C)	A taxa de resposta positiva em 5 dimensões: (Trabalho em Equipe Dentro de Unidades, Aprendizagem-Melhoria Contínua da Organização, Abertura da Comunicação, Resposta Não-punitiva e Trabalho em Equipe entre Unidades) foi maior que o dos dados da AHRQ ($P < 0,05$). Houve diferença estatística na percepção da cultura de segurança do paciente em grupos de diferentes unidades de trabalho, cargos e níveis de qualificação. A consistência interna do inquérito total foi comparativamente satisfeita (α de Cronbach = 0,84). A menor taxa de resposta positiva foi na dimensão Pessoal (45%).
Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles / Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals / Cultura de segurança do paciente e fatores associados em uma rede de hospitais públicos espanhóis	GAMA, Z.A.S. et al.	Espanha, 2013	08 Hospitais públicos	1.113 profissionais da equipe multiprofissional.	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS C)	A dimensão "trabalho em equipe na unidade" destacou-se com a maior Porcentagem de Respostas Positivas (73,5) e "Pessoal" com a maior Porcentagem de Respostas Negativas (61). Os fatores mais associados ao PSC ($p < 0,05$) foram o "serviço" (farmacêutico e cirúrgico) e a "profissão" (enfermagem), ambos de forma positiva.
Patient safety dialogue: evaluation of an intervention aimed at achieving an improved patient safety culture.	Ohrn, A.; Rutberg, H.; Nilsen, P.	Suécia, 2011	3 hospitais, dos quais um é hospital universitário	50 médicos	WalkRounds baseado em Manchester Patient Safety Assessment Framework.	Mais de dois terços dos departamentos alcançaram pontuações mais altas na terceira rodada do que na rodada 1. Setenta e oito por cento dos departamentos da área geral de segurança do paciente foram categorizados como melhorando ou desenvolvendo continuamente, em comparação com 68% para a medição de resultados e 50% para infecção hospitalar. Aproximadamente um terço foi categorizado como não aprimorando, com pontuações na terceira rodada menores ou iguais às pontuações na 1.ª rodada.

DISCUSSÃO

O estudo em questão buscou avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde nas instituições de saúde por meio de evidências na literatura. São recentes os artigos selecionados nesta revisão, já que se concentraram nos últimos sete anos (2011 a 2018) e tiveram maior publicação nos anos de 2015, 2017 e 2018, com destaque para os estudos brasileiros. Isso se dá em razão do surgimento do Programa Nacional de Segurança do Paciente, criado em 2013, por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril, a qual estabeleceu a cultura de segurança como indicador para os serviços de saúde, e a maior preocupação com a gestão da qualidade das organizações. ⁽²⁰⁾

Em relação ao ambiente de realização do estudo, o hospital esteve presente na maioria das publicações analisadas, inclusive envolvendo diferentes modalidades de gestão. Notou-se que apenas os estudos de Webair²¹ e Verbakel²² trataram sobre a cultura de segurança do paciente na atenção primária, o que sugere que ainda é muito incipiente as pesquisas realizadas nesse nível de atenção, visto que, em sua maioria, estão voltadas para a assistência hospitalar. Esse fato pode ser explicado devido à baixa ocorrência de incidentes em cuidado de saúde primária, a qual está estimada entre cinco a oitenta vezes por 100.000 consultas, o que faz com que considere a atenção primária relativamente segura.⁽²³⁾ Porém, os estudos precisam ser ampliados, já que os cuidados de saúde em sua grande parte, não são realizados no ambiente hospitalar, embora muitos dos eventos notificados sejam provenientes de outros locais, como na atenção primária à saúde.⁽¹⁹⁾

O Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) e o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) são instrumentos utilizados mundialmente para avaliar o clima e a cultura de segurança do paciente, e ambos foram validados para utilização nos serviços de saúde brasileiros. O SAQ mensura como os profissionais compreendem o clima de segurança ⁽²⁴⁾, enquanto que o HSOPSC avalia o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança. De acordo com Reis, Laguardia e Martins⁽²⁵⁾, o HSOPSC é constituído por nove seções, dispostas da letra A à I, somando 42 itens e é estruturado em doze dimensões da cultura de segurança, avaliadas no âmbito individual, das unidades e hospitalar, além de avaliar variáveis de resultado, ao passo que o SAQ avalia apenas seis dimensões de

cultura de segurança. Conforme Notaro²⁶, “quando um instrumento avalia um número maior de dimensões, possibilita conhecer outras extensões da cultura de segurança de determinada unidade”. Fato esse que pode ser relacionado à maior utilização do instrumento HSOPSC pelos países.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado em 2013 pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril, teve por objetivo qualificar os cuidados em saúde. Protocolos básicos foram implementados com o intuito de orientar a atuação dos profissionais para uma prática mais segura em saúde, evitando que erros e eventos adversos sejam cometidos na assistência. São seis: Cirurgia Segura; Prática de Higiene das mãos; Úlcera por Pressão; Prevenção de Quedas; Identificação do Paciente; Segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos.^(1,20,27) Nota-se que os dois primeiros protocolos contemplam aspectos ou desafios globais, ao passo que os demais são mais específicos, visto que se direcionam a uma assistência segura atribuída ao paciente.

Os estudos que versam sobre cultura de segurança do paciente nos ambientes hospitalares apresentam altos índices de ocorrência negativa ou falhas detectadas, as quais comprometem a consolidação de uma segurança efetiva nos serviços de saúde.^(22,26,28-31) Dentre os problemas identificados na segurança do paciente, citam-se os relacionados à infraestrutura inadequada de trabalho⁽³⁰⁻³¹⁾, com destaque à insuficiência de capacidade estrutural do serviço para atender a alta demanda de pacientes. Fato esse observado nos estudos realizados em hospitais de gestão pública.

A fragilidade no dimensionamento de pessoal é outro grande problema^(26,29-33), visto que impossibilita a distribuição adequada de profissionais entre os setores de trabalho, gerando insatisfações, estresse e, por conseguinte, comprometendo a assistência e cuidado prestados aos pacientes, juntando a este fato a sobrecarga de trabalho aumenta a chance de erros.⁽²⁹⁾

A escassez do número de profissionais, paralela à falta de gestão adequada das equipes de trabalho é um desafio constatado em diversos estudos.^(26,29-31) Essa dimensão foi identificada como a única comprometedor de uma segurança efetiva na pesquisa de Ramos, Coca e Abeldano⁽²⁹⁾, ao passo que em Notaro⁽²⁶⁾, o maior agravante está na aplicação de punições quando identificados erros por parte dos

profissionais. Corroborando, Andrade et al. ⁽³⁰⁾ dizem que a resposta punitiva por erros cometidos pode dificultar que incidentes sejam registrados. É fundamental que uma política de notificação sigilosa seja adotada nas organizações de saúde, e é necessário conscientizar os profissionais da importância de relatar os erros, para que os problemas sejam facilmente identificados e corrigidos, a fim de consolidar uma cultura de segurança do paciente ⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Notou-se nos estudos que a percepção de cultura de segurança se manifesta de forma diferenciada entre as equipes de trabalho, com destaque aos profissionais ligados às áreas de Terapia Ocupacional e Terapia de Anticoagulação, as quais apresentaram maiores percepções negativas nas dimensões *abertura de comunicação / aprendizagem com o erro e intenção de relatar eventos*, quando comparados a outras profissões, conforme descrito por Verbakel et al.⁽²²⁾. Essa diferenciação também é constatada entre grupos de diferentes unidades de trabalho do serviço hospitalar, cargos e níveis de qualificação ⁽³²⁾.

Além das situações deficientes no que tange à segurança em saúde, alguns estudos demonstram a preocupação e engajamento da equipe gestora, o que constata a presença da cultura de segurança nas unidades analisadas. Assim, as dimensões *trabalho em equipe, interação e clima organizacional adequado* são apontadas como satisfatórias.^(24,26,29-30,32-33) Entende-se clima organizacional como o conjunto de percepções que os indivíduos possuem sobre o ambiente de trabalho ao qual estão vinculados. ⁽³⁶⁾

Golle et al.⁽²⁴⁾ também identificaram altos índices de satisfação no que tange às dimensões *satisfação no trabalho* (88%) e *condições de trabalho* (91%), além dos aspectos relacionados ao clima organizacional e interação entre equipes; Ramos, Coca e Abeldano⁽²⁹⁾ mencionaram a dimensão *aprendizagem organizacional/melhoria contínua* com alto percentual de respostas positivas (75%). Essa dimensão também foi identificada por Notaro⁽²⁶⁾, porém com uma taxa de 49,29%, o que significa que apresenta níveis de fragilidades, portanto, é necessário que ações sejam criadas com o objetivo de que a cultura de segurança seja melhorada. Essas diferenças podem ser percebidas devido ao tipo de gestão do hospital em que foi realizado o estudo, o primeiro foi um hospital privado, enquanto que o segundo foi em um hospital público. Esse autor também constatou como indícios favoráveis à

cultura de segurança a variável *Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente*, a qual obteve um total de 49,90% das respostas analisadas.

Além das condições referentes à gestão da unidade hospitalar, há relatos sobre a interação entre profissional e paciente, evidenciando o papel do cuidado, no processo de segurança, como também, a responsabilidade e comportamento do paciente para melhoria da segurança em saúde.⁽³⁷⁾ Reforça-se, como resultados inovadores, o trabalho instrutivo a ser desenvolvido junto a profissionais no decurso da formação/especialização acadêmica, como em Bump et al.⁽³⁷⁾, e as intervenções para melhoria a serem realizadas pelas equipes de trabalho de enfermeiros⁽³⁸⁾, à medida que são detectadas falhas e inconsistências que possam comprometer a consolidação de um trabalho efetivo de segurança hospitalar.

Dessa forma, destaca-se a importância da Educação Permanente em Saúde, visto que é um processo de ensino-aprendizagem que tem o objetivo de fazer com que os profissionais critiquem e reflitam os processos de trabalho no dia a dia, a partir de uma problematização e dentro do seu próprio ambiente de trabalho, propiciando, assim, excelência e qualidade dos serviços de saúde.⁽³⁹⁾ A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a educação para a segurança do paciente seja uma temática inserida na formação de todos os profissionais da área da saúde, pois é necessário mudar a concepção de que o erro na saúde é inaceitável, e sim reconhecer que existe no cuidado. É fundamental problematizar e discutir a segurança do paciente, e é imprescindível instrumentalizar os profissionais para que os eventos adversos sejam evitados, fortalecendo assim, a cultura de segurança do paciente.⁽⁴⁰⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As publicações referentes à cultura de segurança do paciente são crescentes nos estabelecimentos de saúde, principalmente no âmbito hospitalar, visto que é um tema de grande importância e impacto na qualidade dos cuidados de saúde, porém ainda existem lacunas que necessitam ser estudadas e trabalhadas nos modelos de gestão e organização nos diversos níveis de atenção.

No contexto nacional, observou-se que o número de pesquisas realizadas ainda é reduzido. Porém, a partir do estabelecimento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 2013, por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril, houve um aumento de estudos sobre a temática e a necessidade de se conhecer a realidade da Qualidade aplicada à saúde para instituir medidas de controle conforme orienta os órgãos internacionais.

O estudo identificou quais foram as dimensões da cultura de segurança do paciente que apresentaram fragilidades e que devem ser fortalecidas dentro da organização, a partir de um bom planejamento de ações de melhoria. As intervenções devem considerar os modelos de gestão, as profissões e os cargos, pois são características que interferem na percepção geral dos profissionais de saúde.

Dessa forma, analisar as dimensões da cultura de segurança por meio de aplicação de instrumentos contribuirá para que os serviços de saúde sejam aperfeiçoados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília, 2014 [Acesso em 10 Jun. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
2. Calori MAO, Gutierrez SL, Guidi TAC. Segurança do paciente: promovendo a cultura de segurança. Saude em Foco. 2015; 1(7): 226-35.
3. Cauduro FLF, Sarquis LM, Sarquis LMM, Cruz EDA. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. Cogitare enferm. 2015; 20(1): 129-38.
4. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18(7): 2029-36.
5. Reis GAX, Hayakawa LY, Murassaki ACY, Matsuda LM, Gabriel CS, Oliveira MLF. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2017 [Acesso em 22 Ago. 2019] ; 26(2): 1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e00340016.pdf.
6. Matiello RDC, Lima EFA, Coelho MCR, Oliveira ERA, Leite FMC, Primo CC. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. Cogitare Enfermagem. 2016; 21(5): 1-9.

7. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto contexto - enferm.* 2016; 25(2): 1-9.
8. Reason J. Human error: models and management. *Brit med journal.* 2000; 320(1): 768-770.
9. Campos NPS, Gonzaga MMFN. O papel do enfermeiro na prevenção de erros e eventos adversos na assistência da equipe de saúde. *Revista Saúde em Foco.* 2017; 2(9): 327-34.
10. Bohomol E, Tartali JA. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm.* 2013; 26(4): 376-81.
11. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. p. 15-17.
12. Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos Cláudia. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2011 [Acesso em 10 Out. 2019]; 14(4): 651-661. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000400012&lng=en.
13. Milagres LM. Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de fora, Minas Gerais, 2015.
14. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2015; 68(1): 144-54.
15. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2016; 40(1): 109-23.
16. Brasil. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA- RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], 2013 [Acesso em 20 Set. 2018]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e.
17. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.* 2018; 8: e2600.
18. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011; 20(4): 338-43.
19. Paese F, Sasso GTMD. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto contexto - enferm.* 2013; 22(2): 302-10.

20. Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário oficial da União: Brasília; 2013 [Acesso em 08 Ago. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
21. Webair HH, Al-assani SS, Al-haddad RH, Al-Shaeeb WH, Selm MAB, Alyamani AS. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Fam Pract* [internet]. 2015 [Acesso em 10 Out.2019]; 16(1): 136. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4604039/>.
22. Verbakel NJ, Van Melle M, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Exploring patient safety culture in primary care. *Int J Qual Health Care*. 2014; 26(6): 585-91.
23. Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract*. 2003; 20(3): 231-6.
24. Golle L, Ciotti D, Herr GEG, Aozane F, Schmidt CR, Kolankiewicz ACB. Cultura de segurança do paciente em hospital privado. *Rev Fund Care Online*. 2018; 10(1): 85-89.
25. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(11): 2199-210.
26. Notaro KAM. Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidades de neonatologia na perspectiva da equipe multiprofissional. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2017. p. 33-52.
27. Silva AT, Alves MG, Sanches RS, Terra FS, Resck ZMR. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. *Saúde debate* [Internet]. 2016 Dec [Acesso em 10 Ago. 2019]; 40(111): 292-301. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400292&lng=en.
28. Ohrn A, Rutberg H, Nilsen P. Patient safety dialogue: evaluation of an intervention aimed at achieving an improved patient safety culture *J Patient Saf*. 2011; 7(4): 185-92.
29. Ramos F, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería Universitaria*. 2017; 14(1): 47-53.
30. Andrade LEL, Lopes JM, Souza FMCM, Vieira JRF, Farias LPC, Santos CCM, et al . Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 [Acesso 08 Ago. 2019]; 23(1): 161-172. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100161&lng=en.
31. Boussat B, Kamalanavin K, Francçois P. The contribution of open comments to understanding the results from the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS): A qualitative study. *PLoS ONE*. 2018; 13(4): e0196089.

32. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M.. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res*. 2013; 24(13): 228.
33. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(2): 283-93.
34. Silva AEBC, Reis AMM, Miasso AI, Santos JO, Cassiani SHB. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(2): 9.
35. Tomazoni A. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. p. 22-26.
36. Menezes IG, Gomes ACP. Clima organizacional: uma revisão histórica do construto. *Psicologia em Revista*. 2010; 16(1): 158-79.
37. Bump GM, Calabria J, Gosman G, Eckart C, Metro DG, Jasti H, et al. Evaluating the clinical learning environment: Resident and fellow perceptions of patient safety culture. *J Grad Med Educ*. 2015; 7(1): 109–12.
38. Hoffmann B, Müller V, Rochon J, Gondan, Müller B, Albay Z, et al. Effects of a team-based assessment and intervention on patient safety culture in general practice: an open randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf*. 2014; 23(1): 35-46.
39. Almeida JRS, Bizerril DO, Saldanha KGH, Almeida MEL. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. *Rev. ABENO*. 2016; 16(2): 7-15.
40. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc. Anna Nery [Internet]*. 2016 [Acesso 16 Out. 2019]; 20(3): e20160068. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en.

4.2 ARTIGO 2

PERCEPÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

RESUMO

A cultura de segurança caracteriza-se como uma estratégia propulsora de mecanismos de avaliação que possibilita aos gestores conhecerem a realidade dos hospitais e traçarem planos de ação para melhorias, sobretudo ao considerar a percepção das equipes multiprofissionais que atuam nos diversos setores dessas unidades. Objetivou-se descrever a percepção da “cultura de segurança” do paciente. Trata-se de um estudo transversal e analítico, realizado com 52 profissionais de saúde atuantes no setor de Clínica Médica de um Hospital Universitário da Região Sudeste do Brasil. Os dados foram coletados por meio da aplicação do Questionário Atitudes de Segurança. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva. Os resultados mostraram que apenas o domínio Satisfação Profissional apresentou escore satisfatório e que o domínio Percepção da Gerência obteve o pior escore. Os profissionais médicos demonstraram melhor percepção de “cultura de segurança”, ao passo que assistentes sociais e os técnicos e auxiliares de enfermagem obtiveram percepções mais baixas. Além disso, profissionais com maior tempo de atuação apresentaram pior escore em todos os domínios e no total geral, quando comparados aos outros profissionais com menor tempo de experiência. Concluiu-se que cinco dos seis domínios não apresentaram escores satisfatórios para um nível ideal de “cultura de segurança”, o que demonstra que necessitam ser trabalhados na instituição.

Palavras Chaves: Segurança do paciente. Cultura de segurança. Qualidade na saúde.

PERCEPTION OF PATIENT SAFETY CULTURE BY HEALTHCARE PROFESSIONALS OF A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

A safety culture is characterized as a strategy that heads evaluation mechanisms that allows managers to know the hospital's reality, and to plan an action plans for improvement, especially when considering a perception of multiprofessional teams working in the various sectors involved. This study aimed to describe the perception of "safety culture" of the patient, highlighting the differences in perception between professionals and their relationship with the work time in the service. This is a cross-sectional and analytical study conducted with 52 health professionals working in the Medical Clinic sector of a University Hospital in the Southeast of Brazil. Data were collected by applying the Safety Attitudes Questionnaire. For data analysis, descriptive statistics was used. The results showed that only the Professional Satisfaction domain presented a satisfactory score over the Management Perception domain that obtained the worst score. Medical professionals showed a better perception of "safety culture", while social workers, nursing technicians and assistants had lower perceptions. In addition, professionals with longer shift work had worse scores in all domains and overall, when it compared to other professionals with shorter shift work. It was concluded that five out of the six domains did not present satisfactory scores for an ideal level of "safety culture", which demonstrates that they need to be worked in the institution.

Keywords: Health Quality, Patient Safely, Safely Culture

INTRODUÇÃO

A qualidade na prestação de serviços constitui uma importante condição para que as organizações inseridas em diferentes segmentos sociais se mantenham cada vez mais competitivas, não fugindo a essa regra, se enquadram as instituições de saúde. É por meio da qualidade que essas organizações utilizam estratégias para garantir a melhoria contínua dos produtos e serviços oferecidos aos pacientes, com a intenção de possibilitar a satisfação mediante práticas de excelência. ^(1,2)

No que tange à qualidade da assistência, a segurança do paciente é uma temática que tem sido considerada prioridade e de grande desafio para as organizações de saúde, visto que é uma dimensão da qualidade em cuidados de saúde.^(3,4,5) O conceito de segurança do paciente é definido como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano à saúde do paciente. Esses danos são intitulados de eventos adversos e são onerosos para suas vítimas e para os sistemas de cuidados em saúde.⁽⁶⁻⁸⁾

Segundo Oliveira e colaboradores⁽⁹⁾, os eventos adversos são comumente associados ao erro humano individual. O erro é definido pela Organização Mundial de Saúde como a falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano, é tido como não intencional, ainda que cause ou se torne um evento adverso. ^(6,10,11)

Em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria nº 529 do Ministério da Saúde, estabeleceu que é fundamental a construção de uma “cultura de segurança” a fim de estabelecer um cuidado seguro, em que todos os profissionais envolvidos no cuidado e gestores tomem para si a responsabilidade pela sua própria segurança, além da segurança dos colegas, pacientes e acompanhantes.^(6,12,13)

A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, percepções e competências grupais e individuais que determinam um padrão de comportamento e comprometimento da instituição, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde. ^(9,14,15)

A “cultura de segurança” do paciente direciona-se ao bem-estar do paciente e à qualidade do que lhe é oferecido. Portanto, envolve todo o contexto institucional, sobretudo o trabalho desenvolvido pelas equipes de trabalho dos diferentes profissionais atuantes na unidade. Assim, para que essa cultura seja implementada, é preciso “[...] engajamento em níveis político; estratégico; e operacional do hospital, em uma mobilização integrada, que envolva a gestão hospitalar e os demais trabalhadores”. ⁽¹⁶⁾

É necessário que as organizações de saúde compreendam e avaliem a sua cultura de segurança, pois, quando uma instituição cria e estabelece uma cultura de

segurança entre os seus profissionais, ela amplia a sua capacidade de aperfeiçoar os resultados da segurança do paciente, visto que esses estão envolvidos diretamente no cuidado. (4,17,18)

A avaliação da segurança do paciente pode ser obtida por meio da aplicação de questionários aos profissionais e gestores sobre suas ações e percepções acerca da segurança do paciente. (19)

Diante da urgente necessidade de se adotar medidas que favoreça a segurança do paciente nas instituições de assistência à saúde, o objetivo deste artigo é descrever a percepção da “cultura de segurança” do paciente no setor de Clínica Médica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado com profissionais de saúde atuantes no setor de Clínica Médica (CM) de um Hospital Público na Região Sudeste. Este Hospital é uma instituição de grande porte com mais de 300 leitos, atendendo várias especialidades. O setor de CM é composto por 31 leitos voltados para as especialidades de cardiologia, gastrologia, pneumologia e neurologia, com taxa de ocupação média de 95%. Atuam na assistência continuamente 62 profissionais, sendo: 31 técnicos e auxiliares de enfermagem, 10 enfermeiros, 10 médicos staff, 05 fisioterapeutas, 02 nutricionistas, 02 fonoaudiólogos, 01 psicólogo e 01 assistente social.

Os dados foram coletados por meio do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), validado e adaptado para a realidade dos hospitais brasileiros (20). Esse instrumento é composto por duas partes: a primeira contém 41 questões envolvendo a percepção sobre segurança do paciente. A segunda parte visa coletar dados do profissional: cargo exercido, gênero, atuação principal e tempo de atuação. Assim, esse instrumento mensura a percepção dos profissionais de saúde por meio de seis domínios: 1 - Clima de Trabalho em Equipe: considerado como a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe (itens 1 a 6); 2 - Clima de Segurança: percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente (itens 7 a 13); 3 - Satisfação no Trabalho: visão positiva do local de trabalho (itens 15 a 19); 4 - Percepção do Estresse: reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na

execução do trabalho (itens 20 a 23); 5 - Percepção da Gerência: aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua, quanto do hospital como um todo (itens 24 a 29); e 6 - Condições de Trabalho: percepção da qualidade do ambiente de trabalho (itens 30 a 32).^(20,21)

A resposta de cada item segue a escala de cinco pontos de Likert: discorda totalmente (A), discorda parcialmente (B), neutro (C), concorda parcialmente (D), concorda totalmente (E) e não se aplica. O escore final do instrumento varia de 0 a 100, zero corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e 100 à melhor percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é igual a 75. Quanto à pontuação, foi assim ordenada: A- discorda totalmente vale 0, B- discorda parcialmente vale 25, C- neutro vale 50, D- concorda parcialmente vale 75, E- concorda totalmente vale 100, e X – não se aplica, com valor 0.

A coleta de dados foi realizada no período de junho-julho de 2019 e contou com dois acadêmicos de enfermagem. Os dados foram inseridos em planilha no Excel e no processo de digitação, optou-se por uma validação via dupla digitação. Todos os questionários do estudo foram digitados e redigitados. Caso houvesse discordância, a correção era feita com base no respectivo instrumento. As informações de cada questionário foram inseridas e processadas no SPSS versão 22.0. O nível de significância considerado para o estudo foi de 0,05 com intervalo de confiança de 95%. As variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e percentuais e as quantitativas, expressas por média e desvio padrão. Para comparar as médias, aplicou-se o teste *t student* e foi utilizada a correlação de Pearson para avaliar a associação entre os domínios. Os dados foram apresentados por meio de tabelas e figuras editadas na planilha de Excel®.

O estudo obteve a aprovação do comitê de ética com o CAAE: 56111716.2.0000.5060, e foi aprovado sob o número do parecer: 1.789.822. Todos os participantes da pesquisa tiveram o anonimato garantido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 52 profissionais de saúde lotados no setor de Clínica Médica de um hospital público, distribuídos em todos os turnos de trabalho, obtendo-se uma

taxa de resposta de 83,8%, sendo que 98,1% nunca haviam respondido o instrumento e 1,9% não lembravam se já haviam participado de estudo similar. Não responderam ao questionário aqueles que se enquadravam nos critérios de exclusão. A maioria dos profissionais respondentes corresponde à categoria de enfermagem (73%), sendo 53,8% técnicos ou auxiliares de enfermagem, e 19,2% por enfermeiros. Em relação ao tempo de experiência desses profissionais, a maioria atua há mais de cinco anos nessa área (94,2%). Houve predomínio do sexo feminino (71,2%). A categorização da amostra está descrita na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos profissionais de saúde lotados na Clínica Médica de um Hospital Universitário. Vitória-ES, 2019.

Opções		n°	%
Já Havia Respondido o Questionário	Não	51	98,1
	Não Sei	1	1,9
Cargo	Técnico ou auxiliar de enfermagem	28	53,8
	Enfermeiro	10	19,2
	Médico	6	11,5
	Fisioterapeuta	3	5,8
	Nutricionista	2	3,8
	Assistente Social	1	1,9
	Fonoaudiólogo	1	1,9
	Psicólogo	1	1,9
Gênero	Masculino	15	28,8
	Feminino	37	71,2
Tempo na área	1 a 2 anos	1	1,9
	3 a 4 anos	1	1,9
	5 a 10 anos	18	34,6
	11 a 20 anos	19	36,5
	>21 anos	12	23,1
	Não Respondeu	1	1,9
Total		52	100%

Na tabela 2, são descritas as médias dos escores de cada uma das seis dimensões da “cultura de segurança”, conforme o SAQ. A média geral foi de 68,07, variando de 19,56 a 94,55, com desvio padrão de 16,8. Apenas o domínio Satisfação no Trabalho apresentou uma média maior que 75 ($79,35 \pm 18,29$), sendo considerada avaliação positiva no local de trabalho. Os demais domínios apresentaram avaliação abaixo do esperado para a “cultura de segurança”. O domínio que obteve o pior escore foi o de Percepção da Gerência ($53,48 \pm 24,83$).

Tabela 2. Descrição dos escores de “cultura de segurança” dos pacientes dos profissionais de Saúde da Clínica Médica. Vitória, 2019.

Domínio	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Clima de Trabalho	22,00	100,00	68,30	19,95
Clima de Segurança	17,86	100,00	68,86	18,78
Satisfação no Trabalho	26,20	100,00	79,35	18,29
Percepção do Estresse	12,50	100,00	70,43	26,49
Percepção sobre Gerência	9,09	100,00	53,48	24,83
Condições de Trabalho	0,00	100,00	67,07	26,21
Escore Geral	19,56	94,55	68,07	16,80

A melhor percepção foi encontrada no profissional médico (83,42), seguido do profissional nutricionista (80,25), enquanto que os profissionais assistente social (51,46) e técnico e auxiliar de enfermagem (62,38) obtiveram os piores escores. Na tabela 3, são apresentados os escores de “cultura de segurança” do paciente entre as diferentes categorias profissionais.

O domínio Satisfação Profissional apresentou melhores respostas positivas entre os participantes, enquanto que as piores foram dos domínios de Clima de Trabalho e Percepção da Gerência.

Ao contrário dos outros profissionais, os médicos apresentaram melhor percepção sobre a maioria dos domínios, exceto o domínio Percepção sobre Estresse (71,33). Os enfermeiros tiveram pior percepção somente nos domínios Clima de Trabalho (66,67) e Percepção sobre Gerência (68,00), já os nutricionistas nos domínios Percepção sobre Estresse (70,25) e Condições de Trabalho (72,92). Os técnicos e auxiliares de enfermagem não apresentaram nenhum escore satisfatório. Fisioterapeutas e assistentes sociais mostraram pior percepção sobre a maioria dos domínios, com exceção do domínio Percepção sobre Estresse, com 79,17 e 76,50 respectivamente. Fonoaudiólogos apresentaram melhor percepção somente nos domínios Percepção sobre Estresse (87,50) e Satisfação Profissional (80,00). Em relação aos psicólogos, obteve-se um resultado equilibrado, três domínios positivos e três negativos.

Ao analisar as categorias profissionais separadamente, duas dimensões se destacaram de forma positiva entre eles. O domínio Satisfação Profissional em que médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e psicólogos obtiveram melhor percepção e o domínio Percepção sobre Estresse, para os fisioterapeutas,

assistentes sociais e fonoaudiólogos. Técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais pontuaram de forma mais negativa o domínio Percepção da Gerência.

Os itens de Clima de trabalho em equipe demonstram que 84,7% relatam ter o apoio dos outros membros da equipe e 78,9% fazem perguntas quando não entendem algo. Quanto ao Clima de Segurança, 80,8% conhecem os meios adequados para encaminhar as questões de segurança do paciente e 76,9% se sentiriam seguros se fossem pacientes na instituição. Quanto à Satisfação no Trabalho, 92,4% se orgulham da área em que trabalham e 82,7% relatam que a Clínica Médica é um bom setor para trabalhar. Em relação à Percepção do Estresse, 78,9% concordam que o desempenho é prejudicado quando a carga de trabalho é excessiva. Quanto à Percepção da Gerência, a maioria concordou que a administração da Unidade está fazendo um bom trabalho.

Ao analisar a relação de convivência com outros profissionais integrantes da equipe, a maioria concorda ter boa relação com os enfermeiros, médicos e farmacêuticos. Em relação à questão da comunicação, somente 15,4% da amostra discordam que falhas na comunicação levam a erros.

Tabela 3. Escores de “cultura de segurança” do paciente por profissionais de saúde do setor de Clínica Médica. Vitória-ES, 2019.

Profissional	Clima no Trabalho	Clima de Segurança	Satisfação Profissional	Percepção sobre Estresse	Percepção sobre Gerência	Condições de Trabalho	Escore Geral
Médico	87,50	78,97	93,33	71,33	80,49	88,89	83,42
Enfermeiros	66,67	77,26	83,50	75,00	68,00	83,33	74,38
Técnicos ou auxiliares de Enfermagem	68,34	63,98	74,51	67,07	42,80	57,59	62,38
Psicólogo	66,67	78,57	100,00	68,75	63,64	91,67	78,22
Fisioterapeuta	68,06	61,90	73,33	79,17	43,94	63,89	65,05
Assistente Social	58,33	57,14	60,00	76,50	19,27	37,50	51,46
Nutricionistas	95,83	75,00	92,50	70,25	75,00	72,92	80,25
Fonoaudiólogo	45,83	71,43	80,00	87,50	54,55	41,67	63,50

Foi analisada a diferença de média entre os profissionais e os escores de “cultura de segurança” do paciente, conforme a tabela 4. Observou-se que existe uma diferença

de média entre todos os domínios em relação aos profissionais de saúde, com p -valor $<0,01$.

Tabela 4. Diferença de média entre os profissionais de Saúde e os escores de “cultura de segurança” do paciente. Vitória-ES, 2019.

Domínio	t	Diferença de média	p-valor
Clima de Trabalho	12,56	69,65	<0,01
Clima de Segurança	23,64	70,53	<0,01
Satisfação no Trabalho	17,87	82,15	<0,01
Percepção do Estresse	31,57	74,45	<0,01
Percepção sobre Gerência	7,87	55,96	<0,01
Condições de Trabalho	9,18	67,18	<0,01
Escore Geral	18,03	69,83	<0,01

A tabela 5 apresenta os resultados obtidos das correlações por meio do teste de Pearson entre os domínios e o escore geral do questionário. Isso auxilia no processo de verificação da validade interna do instrumento.

Tabela 5. Correlações entre os Domínios do instrumento e o escore geral. Vitória-ES, 2019.

Correlações		Clima de Trabalho	Clima de segurança	Satisfação no trabalho	Percepção estresse	Percepção gerência	Condições trabalho	Escore geral
Clima de Trabalho	r*	1,00	0,55	0,29	0,01	0,36	0,34	0,61
	p-valor		0,00	0,04	0,92	0,01	0,01	0,00
Clima de segurança	r	0,55	1,00	0,61	0,25	0,76	0,64	0,87
	p-valor	0,00		0,00	0,08	0,00	0,00	0,00
Satisfação no trabalho	r	0,29	0,61	1,00	-0,01	0,74	0,74	0,75
	p-valor	0,04	0,00		0,97	0,00	0,00	0,00
Percepção estresse	r	0,01	0,25	-0,01	1,00	0,12	0,16	0,38
	p-valor	0,92	0,08	0,97		0,39	0,25	0,01
Percepção gerência	r	0,36	0,76	0,74	0,12	1,00	0,78	0,85
	p-valor	0,01	0,00	0,00	0,39		0,00	0,00
Condições trabalho	r	0,34	0,64	0,74	0,16	0,78	1,00	0,84
	p-valor	0,01	0,00	0,00	0,25	0,00		0,00
Escore geral	r	0,61	0,87	0,75	0,38	0,85	0,84	1,00
	p-valor	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	

Houve correlação significativa entre a variável cargo e os domínios “percepção da gerência” e condições de trabalho ($r = -0,280$, p -valor $=0,04$; $r = -0,314$, p -valor $=0,02$ respectivamente). E entre a variável tempo de atuação e o domínio Clima de trabalho ($r = 0,687$, p -valor $< 0,01$).

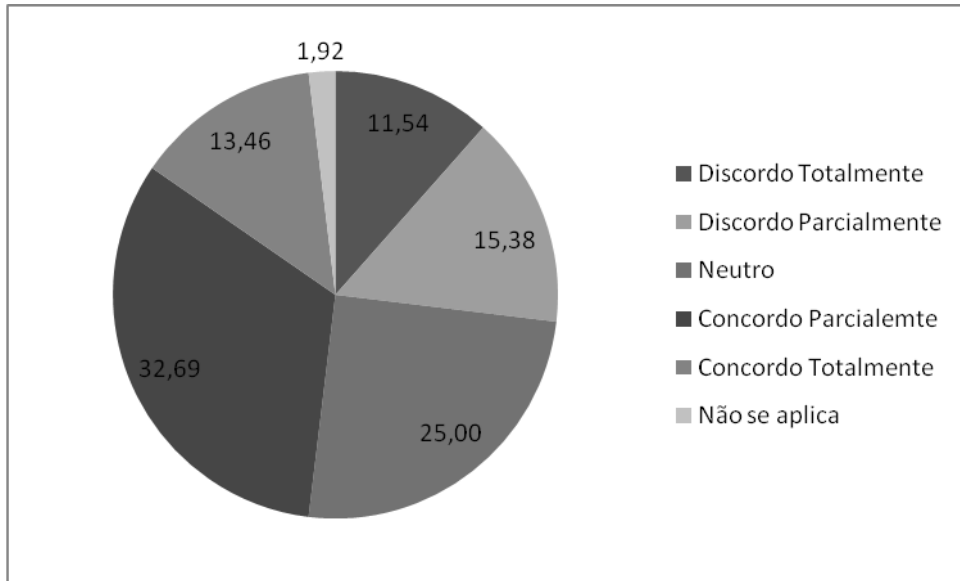
Em relação ao tempo de atuação na área, observou-se que os profissionais com maior tempo apresentaram pior escore em todos os domínios e no total geral, quando comparados aos outros profissionais com menor tempo de atuação. Ao se comparar as médias, notou-se uma diferença significativa no domínio Percepção sobre Estresse para esses profissionais com maior tempo (65,21). Profissionais com 21 anos ou mais de tempo de atuação foram os que apresentaram pior escore nos domínios Percepção sobre Gerência (46,59), Condições de Trabalho (63,54) e Clima de Segurança (66,67). Os profissionais com um a dois anos de tempo de atuação foram os que apresentaram maior escore no domínio Percepção sobre Estresse (100). O domínio Percepção sobre Gerência apresentou menor média com todos os profissionais, conforme tabela 6.

Tabela 6. Distribuições de média em relação ao tempo de atuação na área da saúde e os domínios de Segurança do Paciente. Vitória, 2019.

Tempo de atuação na área	Clima no Trabalho	Clima de Segurança	Satisfação Profissional	Percepção sobre Estresse	Percepção sobre Gerência	Condições de Trabalho	Escore Geral
>21 anos	70,14	66,67	79,17	65,21	46,59	63,54	65,22
11 a 20 anos	68,04	69,17	79,27	59,37	57,08	67,32	66,71
5 a 10 anos	65,33	69,71	80,83	84,72	54,29	68,75	70,61
3 a 4 anos	87,50	66,67	75,00	87,50	56,82	75,00	74,75
1 a 2 anos	70,83	75,00	90,00	100,00	75,00	83,33	82,37

Houve diferença de médias significativas entre todas as dimensões de “cultura de segurança” e as faixas etárias de atuação ($p < 0,05$).

Figura 1 - Percepção dos profissionais se suas sugestões de segurança seriam consideradas pela administração



Verificou-se que 46,2% dos profissionais concordam que suas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se as expressasse à administração, enquanto que 26,9% discordam e 25% se mantiveram neutros, conforme figura 1.

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a percepção da “cultura de segurança” dos profissionais do setor de Clínica Médica.

Os resultados demonstraram que nesse setor, aspectos importantes da “cultura de segurança” do paciente necessitam ser melhorados, visto que após a avaliação da média dos escores, constatou-se que cinco dos seis domínios apresentaram valores inferiores a 75, valor mínimo para uma “cultura de segurança” positiva, o que corrobora com resultados de outros estudos. ^(7,22,23)

A amostra do estudo foi predominantemente composta pela equipe de enfermagem, com maior quantitativo de técnicos e auxiliares de enfermagem. Resultado já esperado, visto que de acordo com o estudo nacional do perfil sociodemográfico da enfermagem realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem, os profissionais de enfermagem congregam mais de um milhão e oitocentos mil trabalhadores, constituindo 50% da força de trabalho que atua no setor saúde. Do total, 77% é constituída de técnicos e auxiliares de enfermagem, o que justifica ser a categoria que mais respondeu ao questionário. ⁽²⁴⁾

Em relação ao gênero dos participantes, prevaleceu o sexo feminino, mesmo resultado encontrado em pesquisas similares. ^(12,25) Sabe-se que o setor saúde é, estrutural e historicamente, feminino. De acordo com Wermelinger et al⁽²⁶⁾, 70% dos profissionais de saúde são representados por mulheres.

Quanto ao tempo de atuação na área ser alto, essa explicação se dá devido ao tipo de vínculo empregatício dos participantes ser por meio de realização de concurso público. Hoje, a busca por uma estabilidade no mercado de trabalho é prioridade para muitos trabalhadores. Dados de estudo realizados em 143 hospitais que possuem acreditação hospitalar nos Estados Unidos, em que avaliou o impacto da rotatividade da enfermagem, confirmam que profissionais com esse tipo de vínculo permanecem mais tempo nas instituições. Por conseguinte, tem-se um *turnover* menor de profissionais, o que tende a diminuir a ocorrência de eventos adversos. ^(9,27) Segundo Martins, Matos e Salum⁽²⁸⁾, a rotatividade de pessoal interfere significativamente na qualidade do cuidado prestado, de forma negativa.

Analisando os domínios que compõem o SAQ, percebe-se que apenas o domínio Satisfação no Trabalho alcançou média satisfatória (79,35). Estudo realizado em um hospital, de caráter filantrópico, com 83 participantes⁽⁷⁾, corrobora com esse resultado e se contrapõe a outras pesquisas em que nenhum domínio atingiu o escore mínimo para uma “cultura de segurança” positiva. ^(29,30) Outros estudos apresentaram na maioria dos domínios, médias abaixo do valor recomendável. ^(4,31)

A satisfação dos profissionais está diretamente relacionada à afirmativa apresentada no SAQ “Eu me orgulho de trabalhar nesta área”, a qual obteve 92,4%, seguida pela afirmativa “Esta área é um bom local para trabalhar”, com 82,7%, o que facilita para o profissional e para o paciente um ambiente seguro. Profissionais satisfeitos apresentam melhor desempenho do trabalho, evitando a ocorrência de erros e eventos adversos, o que impacta diretamente na qualidade da assistência prestada, e conseqüentemente na segurança do paciente. ^(23,25,32)

O Clima de Trabalho representa uma condição que interfere principalmente no comportamento da equipe que lida diretamente com o cuidado ao paciente. Ao contrário do domínio Satisfação no Trabalho, este domínio não atingiu média satisfatória (70,61). Além disso, entre as categorias de profissionais que obtiveram menores resultados, destacam-se os fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos

e os enfermeiros. Estudo realizado em três hospitais no Rio Grande do Norte, onde o clima de segurança foi avaliado entre a equipe de enfermagem, contrapõe-se a esse resultado, visto que os enfermeiros apresentaram escores positivos no comparativo com as demais categorias. ⁽³³⁾

Esse fato evidencia a necessidade e a importância de os gestores identificarem os aspectos a serem qualificados, de modo a agregar ações que reduzam os escores negativos, haja vista propor intervenções para melhoria contínua nas condições de trabalho ofertadas aos profissionais da saúde, sobretudo no que tange às relações interpessoais. Torna-se necessário, portanto, adotar medidas que despertem a sensibilização dos profissionais, com o intuito de esclarecer os papéis de cada categoria profissional, como também “[...] as responsabilidades da equipe com a segurança do paciente, resolvendo conflitos e possibilitando o partilhar de informações”. ⁽³⁴⁾

O domínio Percepção do Estresse aborda o quanto o profissional consegue perceber que a carga de estresse favorece situações de risco para a segurança do paciente. A diferença de média entre os profissionais de saúde e os escores de “cultura de segurança” do paciente apresentou valor correspondente a 74,45, demonstrando nível insatisfatório, assim como outras pesquisas. ^(22,25,31) Os profissionais da Fonoaudiologia, Fisioterapia e do Serviço Social apresentaram melhores percepções. Todavia, os profissionais dessas áreas não são os únicos a conviverem com níveis de estresse em seus contextos de trabalho, sobretudo no âmbito hospitalar. Isso porque é um ambiente permeado por situações adversas, seja quanto à sobrecarga de trabalho, como também quanto à instabilidade e insegurança emocional. ⁽³⁵⁾ Já os técnicos e auxiliares de enfermagem obtiveram o menor escore. Segundo Magalhães e colaboradores ⁽³⁶⁾, o nível de escolaridade pode estar associado à percepção do estresse por parte dos profissionais, isso é, quanto maior a instrução, melhor o reconhecimento de fatores que podem prejudicar a prestação de uma assistência segura.

Corroborando com estudos nacionais ^(7,23,31) o domínio Percepção da Gerência apresentou a pior média total (53,48) entre todos os domínios que compõem o SAQ. É provável que esse domínio interfira na gestão dos demais, visto que envolve a unidade hospitalar como um organismo dinâmico, sistêmico e relacional. Assim,

conflitos entre equipes, problemas relativos à comunicação, condições de trabalho e tomada de decisões são alguns aspectos que podem ser comprometidos.

Ainda que 55,7% dos profissionais concordem que a administração faz um bom trabalho, a variação de respostas mostra uma discordância de opiniões quanto ao trabalho que ela realiza. Mesmo que ações tenham sido realizadas pela gerência, muitas investigações publicadas na literatura também demonstram que a falta de apoio permanente da administração dos serviços de saúde representa o principal agente que ameaça a segurança do paciente.^(37,38) Além da falta de apoio, destaca-se, também, a ausência dos gestores no acompanhamento das equipes de trabalho, de modo a identificarem os problemas enfrentados para adoção de medidas implementadas no planejamento.

Ademais, reforça-se o potencial da liderança na gestão das equipes, cujo gestor precisa: ser mais acessível, garantir visibilidade aos profissionais, valorizar as opiniões deles para tomada de decisões, além de oferecer suporte adequado para realização das atividades e dar o devido reconhecimento, além de atuar de forma dinâmica e flexível com seus subordinados.^(32,39)

Em se tratando do domínio Clima de Segurança, a maioria dos profissionais se sentiria seguro caso fosse paciente no hospital em que atuam, fato esse que se contradiz com o resultado de 55,8% concordarem que é difícil discutir sobre os erros. Esses dados se encontram em concordância com outras pesquisas.^(7,30) Estas conclusões podem estar relacionadas com a ausência da ação efetiva da gerência na segurança do paciente, em especial quando se refere a erros e eventos adversos que acontecem no serviço. Portanto, é necessário maior envolvimento da gestão, sobretudo no que tange às questões relacionadas aos riscos e erros que ocorrem na instituição, como o reconhecimento desses eventos e, por conseguinte a implementação de programas de educação permanente voltados à atualização e à capacitação.⁽³⁸⁾

Quanto às categorias de profissionais analisadas, no âmbito do domínio Clima de Segurança, os dados indicaram que a menor atribuição se deve aos assistentes sociais (57,14), ao passo que os médicos atribuíram o escore mais elevado (78,97). Tais resultados podem ser contextualizados com o estudo de Andrade et al.⁽⁴⁰⁾, ao avaliar que, alguns cargos, como médico do corpo clínico, farmacêutico e assistente

social têm a tendência de fornecer notas mais baixas no comparativo com o cargo de odontólogo, ao passo que médicos residentes fornecem maiores escores, assim como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeuta ocupacional, em relação a outras profissões.⁽⁴⁰⁾

A categoria médica obteve melhor percepção de “cultura de segurança”, fato esse contrário à pesquisa realizada no Ceará, onde se avaliou a “cultura de segurança” do paciente em três hospitais públicos e, quando comparados aos demais profissionais, a equipe de enfermagem apresentou maior média.⁽²⁹⁾ Resultados de outro estudo realizado em Curitiba-PR, somente com a equipe médica, também demonstraram que a “cultura de segurança” foi percebida de forma negativa. ⁽²²⁾

Os assistentes sociais e os técnicos e auxiliares de enfermagem apresentaram os escores mais baixos. É possível que essa constatação esteja relacionada à formação básica desses profissionais. Os primeiros têm a formação pautada nas políticas públicas e nas lutas sociais do dia a dia de diversos setores da sociedade que vêm a público para demonstrar seus interesses em busca de soluções para seus problemas⁽⁴¹⁾, e os segundos carecem de conhecimentos mais profundos sobre os serviços de saúde, uma vez que atuam no apoio às atividades realizadas pelos enfermeiros, nas ações assistenciais e de planejamento, conforme relatado por Salvador e Santos.⁽⁴²⁾

Esse resultado permitiu concluir sobre a necessidade de inserção de medidas de educação permanente em todas as equipes, com objetivo voltado para uma assistência segura e de qualidade que tende a ser uma das principais táticas⁽⁴³⁾, além da realização de estudos futuros, sobretudo os de natureza qualitativa, a fim de identificar as possíveis razões para essas diferenças entre as categorias de profissionais.

Os profissionais com maior tempo apresentaram pior escore em todos os domínios e no total geral quando comparados aos outros profissionais com menor tempo de atuação. Há controvérsias acerca desse resultado, conforme estudos publicados, tal como em Gawron, Oselame, Neves⁽¹²⁾. Nesse estudo, os profissionais com mais anos de trabalho possuíram uma melhor percepção da “cultura de segurança” do paciente.

Portanto, para que as intervenções sejam realizadas com consistência, é preciso analisar o tipo de gestão do serviço hospitalar, a profissão, o cargo e a quantidade de notificação de incidentes, visto que interferem no escore geral da segurança do paciente.⁽⁴⁰⁾

É importante enfatizar que a gestão da unidade precisa considerar as percepções de seus colaboradores, como instrumento ou estratégia de melhorias, visto que são os membros das equipes que lidam diretamente com os pacientes na oferta dos serviços e assistência em saúde. Portanto, o gestor precisa possuir domínio sobre os colaboradores, valorizando-os, de modo que eles forneçam subsídios básicos na formulação de estratégias que promovam a segurança do paciente nas instituições.⁽⁴⁴⁾

Salienta-se como fator de suma importância para o desenvolvimento das atividades exercidas pelas equipes de trabalho a comunicação e as relações harmoniosas de convivência.^(20,44) Nesse processo, a comunicação favorece a transmissão de informações objetivas, auxiliando no rendimento funcional e, por conseguinte, exercendo influência direta no comportamento dos indivíduos. Em serviços de saúde, a comunicação precisa ser incentivada pelos gestores, haja vista a formação de um ambiente humanizado, que interferirá, também, no bem-estar de pacientes e acompanhantes.⁽⁴⁵⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que cinco dos seis domínios não apresentaram escores satisfatórios para um nível ideal de “cultura de segurança”, o que demonstra que necessitam ser trabalhados na instituição. Os profissionais médicos demonstraram melhor percepção de “cultura de segurança”, ao passo que assistentes sociais e os técnicos e auxiliares de enfermagem obtiveram percepções mais baixas. Além disso, profissionais com maior tempo de atuação apresentaram pior escore em todos os domínios e no total geral quando comparados aos outros profissionais com menor tempo de experiência.

O domínio Satisfação no Trabalho representa um potencial para o hospital analisado, pois profissionais satisfeitos estimulam a construção de um ambiente de trabalho mais integrado e produtivo, com foco na melhoria contínua. Assim, a

atuação profissional repercutirá diretamente no paciente, uma vez que o cuidado e a assistência lhe serão concedidos com excelência e qualidade.

Ao contrário, o domínio Percepção da Gerência constitui um fator preocupante, haja vista o potencial de influência da gerência no comportamento dos demais profissionais. Reforçou-se o papel fundamental exercido pela gestão no bem-estar dos profissionais que atuam nas unidades hospitalares e em outros espaços e contextos de saúde. Infere-se que o distanciamento dos gestores ou a adoção de práticas punitivas em detrimento ao acolhimento e valorização pode provocar desmotivação, impacto no rendimento, adoecimento, perda da autoestima, dentre outras consequências negativas.

Com efeito, mesmo com a diversidade de resultados inerentes a diferentes aspectos, resultados que ora se aproximam, ora se distanciam da literatura especializada, é importante considerar que o Clima de Segurança é um elemento da “cultura de segurança” que possibilita identificar fragilidades que devem receber planejamento de intervenções de melhoria.

Depreende-se que todos os domínios do instrumento precisam ser tratados pela administração em patamar de igualdade, pois são domínios complementares na construção da “cultura de segurança”. Dessa forma, precisam ser trabalhados conforme as necessidades dos trabalhadores, a fim de que a segurança do paciente seja instituída com qualidade.

Portanto, destaca-se a necessidade de se estabelecer, no âmbito dos serviços de saúde, uma cultura mais humanizada, pautada no respeito, na cordialidade e, principalmente, que esforços sejam conjugados, a fim de consolidar uma “cultura de segurança” positiva.

Dentre as limitações existentes nesta pesquisa, destaca-se a coleta de dados restrita a um setor do hospital universitário. Esse fato demonstra a necessidade de ampliar o escopo de pesquisa, investigando outros setores da unidade hospitalar, no intuito de apresentar a “cultura de segurança” do hospital como um todo. Outra recomendação diz respeito à análise aos diversos hospitais universitários da região sudeste, com a intenção de levantar a “cultura de segurança” em um contexto maior,

além da análise entre hospitais públicos e privados, com o intuito de comparar a segurança oferecida nesses diferentes tipos de unidades/gestão.

REFERÊNCIAS

1. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*. 2011; 35(5): 319-331.
2. Gurgel Júnior GD, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 7(2): 325-334.
3. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(7): 2029-2036.
4. Cauduro FLF, Sarquis LM, Sarquis LMM, Cruz EDA. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. *Cogitare enferm*. 2015; 20(1).
5. Reis GAX, Hayakawa LY, Murassaki ACY, Matsuda LM, Gabriel CS, Oliveira MLF. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2017 [Acesso em 22 Set. 2019]; 26(2): e00340016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200321&lng=en.
6. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília; 2014 [Acesso em 07 Set. 2019]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
7. Matiello RDC, Lima EFA, Coelho MCR, Oliveira ERA, Leite FMC, Primo CC. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*. 2016; 21(5).
8. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
9. Oliveira ICL, Cavalcante MLSN, Aires SF, Freitas RJM, Silva BV, Marinho DMF, et al. Cultura de segurança: percepção dos profissionais de saúde em um hospital mental. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2018 [Acesso em 10 Set. 2019]; 71(Supl 5): 2316-2322. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102316&lng=en.
10. Reason J. Human error: models and management. *Brit med journal*. 2000; 2(320): 768-770.
11. Campos NPS, Gonzaga MMFN. O papel do enfermeiro na prevenção de erros e eventos adversos na assistência da equipe de saúde. *Revista Saúde em Foco. Edição*. 2017; 2(09): 327-334.

12. Gawron MFG, Oselame GB, Neves EB. Avaliação da cultura de segurança das instituições de saúde por profissionais de Enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2016; 18(4): 61-67.
13. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. *HU Revista*. 2016; 42(2): 133-142.
14. Brasil. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA- RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2013.
15. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2018; 8(1):e2600.
16. Silva-Batalha SEM, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Contexto Enfermagem*. 2015; 24(2): 432-441.
17. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*. 2011; 20(4): 338-43.
18. Paese F, Sasso GTMD. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto contexto – enferm*. 2013; 22(2): 302-310.
19. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(5): 756-62.
20. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(3): 575-582.
21. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*. 2006; 44(6): 1- 10.
22. Cauduro FLF, Valle MF, Cruz EDA. Percepção da cultura de segurança entre médicos. *Rev. Uniandrade*, 2017; 18(1): 24-34.
23. Marinho MM, Radunz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. *Texto contexto – enferm*. 2014; 23(3): 581-590.
24. Machado MH, Filho WA, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enfermagem em Foco*. 2016; 7:9-14.
25. Golle L, Ciotti D, Herr GEG, Aozane F, Schmidt CR, Kolankiewicz ACB. Cultura de segurança do paciente em hospital privado. *Rev Fund Care Online*. 2018; 10(1): 85-89.

26. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés NMN. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2010; 2(45):55-71.
27. Bae SH, Mark B, Fried B. Impact of nursing unit turnover on patient outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010; 42(1): 40-49.
28. Martins MS, Matos E, Salum NC. Rotatividade Dos Trabalhadores De Enfermagem Em Uma Unidade De Emergência Adulto. *Texto contexto – enferm*. 2019, 28(2): e20160069.
29. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [Acesso em 01 Out. 2019]; 25:e2849. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310&lng=en.
30. Picolotto A, Barella D, Moraes FR, Gasperi P. A Cultura de Segurança do Paciente da Equipe de Enfermagem de um Ambulatório Central. *Rev Fund Care Online*. 2019; 11(n. esp):333-338.
31. Santiago THR, Turrini RN. Teresa. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. esc. enferm. USP*. 2015; 49(n. spe): 123-130.
32. Silva-Batalha SEM, Melleiro MM. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. *Revista Baiana de Saúde Pública (online)*. 2016; 40(2): 109-123.
33. Kolankiewicz ACB, Loro MM, Schmidt CR, Santos FP, Bandeira VAC, Magnago TSBS. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2017 [Acesso em: 11 Ago. 2019]; 30(5):531-537. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000500531&lng=en.
34. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2016 [Acesso em: 10 Ago. 2019]; 37(1):e55716. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100407&lng=en.
35. Duarte MLC, Glanzner CH, Pereira LP. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2018; 39(1):e2017-0255.
36. Magalhães FHL, Pereira ICA, Luiz RB, Barbosa MH, Ferreira MBG. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2019 [Acesso 08 Set. 2019]; 40(spe): e20180272. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200406&lng=en.

37. Saturno PJ, Gama ZAS, Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, Souza-Oliveira AC. Grupo Proyecto ISEP: Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin*. 2008; 131(S3): 18-25.
38. Schwonke CRGB, Filho WDL, Lunardi GL, da Silveira RS, Rodrigues MCS, Guerreiro MO. Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. *Enfermería Global*. 2016; 2(41): 220-232.
39. Alves DFS, Guirardello EB. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016; 37(2): 1-7.
40. Andrade LEL, Lopes JM, Souza FMCM, Vieira JRF, Farias LPC, Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 [Acesso em 10 Abr. 2019]; 23(1):161-172. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100161&lng=en.
41. Iamamoto MV. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. *Serviço Social*, 2014; 2(120): 609-639.
42. Salvador PTCO, Santos VEP. Participação do técnico de enfermagem na sistematização da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de enfermagem*. 2013; 21(6): 818-823.
43. Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLC, Matsuda LM. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2019 [Acesso em 22 Set. 2019]; 40(spe): e20180133. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200400&lng=en.
44. Gasparino RC, Bagne BM, Gastaldo LS, Dini AP. Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017; 38(3):1-8.
45. Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007; 60(5):546-551.

4.3 PRODUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO

Vitória, 09 de outubro de 2019

Ao

Núcleo de Gestão de Qualidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (NGQ/HUCAM)

Assunto: Entrega de produto técnico

Sr(a) coordenador(a),

Tendo sido aprovada no processo seletivo para cursar o Mestrado Profissional em Gestão Pública, oferecido pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), após a obtenção do título de Mestre, encaminho o produto técnico resultante da minha dissertação, desenvolvida sob a orientação do prof. Dr. Bruno Henrique Fiorin e da prof^a. Flávia Batista Portugal, intitulada:

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA
ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA**

Atenciosamente,


Kenia Pimentel Rangel Liberato

TERMO DE RECEBIMENTO

O Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), por meio de seu Núcleo de Gestão de Qualidade (NGQ), atesta o recebimento do produto técnico resultante da dissertação da aluna Kenia Pimentel Rangel Liberato, cujo título foi:

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA

Vitória, 10 de OUTUBRO de 2019


Fabricia Bastos Souza Moro
Enfermeira
COREN-ES 155903

Carimbo e assinatura do recebedor



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA



PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DE DISSERTAÇÃO

PROGRAMA DE MESTRADO EM GESTÃO PÚBLICA - UFES	
Nome: KENIA PIMENTEL RANGEL LIBERATO	
Título da dissertação: Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em uma Organização Hospitalar Pública	
Orientador: Bruno Henrique Fiorin e Flávia Batista Portugal	
Data da titulação: 26.09.2019	
Vínculo de trabalho: Universidade Federal do Espírito Santo - UFES	
Celular: (27) 99962.1632	E-mail: kenia.rangel@ufes.br
Entrega do produto técnico: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)	
Local: Núcleo de Gestão de Qualidade (NGQ)	

VITÓRIA-ES
2019

1 INTRODUÇÃO

A avaliação da cultura de segurança do paciente é uma temática de grande importância, visto que, é por meio dela que as organizações de saúde podem formular e efetivar ações de melhoria que estimularão a segurança dos pacientes.

Desenvolveu-se esta pesquisa, com o objetivo de avaliar a perspectiva de cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde, atuantes no setor de Clínica Médica de um Hospitalar Público, descrever a percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde e comparar a percepção de cultura de segurança do paciente entre profissionais de saúde.

É importante enfatizar que a gestão da unidade precisa considerar as percepções de seus colaboradores, como instrumento ou estratégia de melhorias, visto que são os membros das equipes que lidam diretamente com os pacientes na oferta dos serviços e assistência em saúde.

Nesse contexto, a temática proposta para esta dissertação, apresenta-se como pertinente, uma vez que levantará a realidade de um hospital e as formas de segurança adotadas pelos profissionais atuantes na instituição. A partir disso, os gestores da unidade conhecerão os desafios existentes, os casos de sucesso, como também as perspectivas apontadas pelos profissionais, o que possibilita à gestão hospitalar estabelecer intervenções para possíveis melhorias. Além de a gestão hospitalar ser beneficiada com os possíveis resultados alcançados com este estudo, os próprios colaboradores do hospital também serão favorecidos. Isso porque, as mudanças realizadas pela equipe gestora refletirão nas atividades de trabalho e na cultura hospitalar, de modo a estabelecer um ambiente de trabalho mais seguro, melhorando a comunicação e as interações entre as equipes.

Com efeito, proporcionará segurança, satisfação e bem-estar aos pacientes, vantagens essas conseguidas como consequência natural da adaptação e melhorias contínuas realizadas nos serviços de saúde prestados e conduzidos pelas equipes de trabalho da unidade hospitalar.

2 METODOLOGIA UTILIZADA

Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado com profissionais de saúde atuantes no setor de Clínica Médica (CM) de um Hospital Público na Região Sudeste. Este Hospital é uma instituição de grande porte com mais de 300 leitos, atendendo várias especialidades. O setor de CM é composto por 31 leitos voltados para as especialidades de cardiologia, gastrologia, pneumologia e neurologia, com taxa de ocupação média de 95%. Atuam na assistência continuamente 62 profissionais, sendo: 31 técnicos e auxiliares de enfermagem, 10 enfermeiros, 10 médicos staff, 05 fisioterapeutas, 02 nutricionistas, 02 fonoaudiólogos, 01 psicólogo e 01 assistente social.

Os dados foram coletados por meio do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), validado e adaptado para a realidade dos hospitais brasileiros (CARVALHO, CASSIANI, 2012). Esse instrumento é composto por duas partes: a primeira contém 41 questões envolvendo a percepção sobre segurança do paciente. A segunda parte visa a coletar dados do profissional: cargo exercido, gênero, atuação principal e tempo de atuação. Assim, esse instrumento mensura a percepção dos profissionais de saúde por meio de seis domínios: 1- Clima de Trabalho em Equipe: considerado como a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe (itens 1 a 6); 2- Clima de Segurança: percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente (itens 7 a 13); 3- Satisfação no Trabalho: visão positiva do local de trabalho (itens 15 a 19); 4- Percepção do Estresse: reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho (itens 20 a 23); 5- Percepção da Gerência: aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua, quanto do hospital como um todo (itens 24 a 29); e 6- Condições de Trabalho: percepção da qualidade do ambiente de trabalho (itens 30 a 32).

A resposta de cada item segue a escala de cinco pontos de Likert: discorda totalmente (A), discorda parcialmente (B), neutro (C), concorda parcialmente (D), concorda totalmente (E) e não se aplica. O escore final do instrumento varia de 0 a 100, zero corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e 100 à melhor percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é igual a 75. Quanto à pontuação, foi assim ordenada: A- discorda

totalmente vale 0, B- discorda parcialmente vale 25, C- neutro vale 50, D- concorda parcialmente vale 75, E- concorda totalmente vale 100, e X – não se aplica, com valor 0.

A coleta de dados foi realizada no período de junho-julho de 2019 e contou-se com dois acadêmicos de enfermagem. Os dados foram inseridos em planilha no Excel e no processo de digitação, optou-se por uma validação via dupla digitação. Todos os questionários do estudo foram digitados e redigitados. Caso houvesse discordância, a correção era feita com base no respectivo instrumento. As informações de cada questionário foram inseridas e processadas no SPSS versão 22.0. O nível de significância considerado para o estudo foi de 0,05 com intervalo de confiança de 95%. Para comparar as médias, aplicou-se o teste t student e foi utilizado a correlação de Pearson para avaliar a associação entre os domínios. Os dados foram apresentados por meio de tabelas e figuras editadas na planilha de Excel®.

O estudo obteve a aprovação do comitê de ética com o CAAE: 56111716.2.0000.5060, foi aprovado sob o número do parecer: 1.789.822. Todos os participantes da pesquisa tiveram o anonimato garantido.

3 CONSIDERAÇÕES OBTIDAS AO FINAL DA PESQUISA

Observou-se que cinco dos seis domínios não apresentaram escores satisfatórios para um nível ideal de “cultura de segurança”, o que demonstra que necessitam ser trabalhados na instituição. Os profissionais médicos demonstraram melhor percepção de “cultura de segurança”, ao passo que assistentes sociais e os técnicos e auxiliares de enfermagem obtiveram percepções mais baixas. Além disso, profissionais com maior tempo de atuação apresentaram pior escore em todos os domínios e no total geral, quando comparados aos outros profissionais com menor tempo de experiência.

O domínio Satisfação no Trabalho representa um potencial para o hospital analisado, pois profissionais satisfeitos estimulam a construção de um ambiente de trabalho mais integrado e produtivo, com foco na melhoria contínua. Assim, a

atuação profissional repercutirá diretamente no paciente, cujo cuidado e assistência lhe serão concedidos com excelência e qualidade.

Ao contrário, o domínio Percepção da Gerência constitui um fator preocupante, haja vista o potencial de influência da gerência no comportamento dos demais profissionais. Reforçou-se o papel fundamental exercido pela gestão no bem-estar dos profissionais que atuam nas unidades hospitalares e em outros espaços e contextos de saúde. Infere-se que o distanciamento dos gestores ou a adoção de práticas punitivas em detrimento ao acolhimento e valorização pode provocar desmotivação, impacto no rendimento, adoecimento, perda da autoestima, dentre outras consequências negativas.

Com efeito, mesmo com a diversidade de resultados inerentes a diferentes aspectos, resultados que ora se aproximam, ora se distanciam da literatura especializada, é importante considerar que o Clima de Segurança é um elemento da “cultura de segurança” que possibilita identificar fragilidades que devem receber planejamento de intervenções de melhoria.

Depreende-se que os todos os domínios do instrumento precisam ser tratados pela administração em patamar de igualdade, pois são domínios complementares na construção da “cultura de segurança”. Dessa forma, precisam ser trabalhados conforme as necessidades dos trabalhadores, a fim de que a segurança do paciente seja instituída com qualidade.

Portanto, destaca-se a necessidade de se estabelecer no âmbito dos serviços de saúde, uma cultura mais humanizada, pautada no respeito, na cordialidade e, principalmente, que esforços sejam conjugados, a fim de consolidar uma “cultura de segurança” positiva.

4 COMO, ONDE E POR QUEM OS RESULTADOS PODERÃO SER UTILIZADOS NA INSTITUIÇÃO

A partir do diagnóstico situacional e conforme as potencialidades e fragilidades apresentadas no estudo, a gerência da unidade estudada poderá intervir de acordo com a realidade encontrada.

Diagnóstico Situacional da Cultura de Segurança do Paciente do Setor de Clínica Médica: perspectiva dos profissionais de saúde

Participaram do estudo 52 profissionais de saúde lotados no setor de Clínica Médica de um hospital público, distribuídos em todos os turnos de trabalho, obtendo-se uma taxa de resposta de 83,8%, sendo que 98,1% nunca haviam respondido o instrumento e 1,9% não lembravam se já haviam participado de estudo similar. Não responderam ao questionário aqueles que se enquadravam nos critérios de exclusão. A maioria dos profissionais respondentes corresponde à categoria de enfermagem (73%), sendo 53,8% técnicos ou auxiliares de enfermagem, e 19,2% por enfermeiros. Em relação ao tempo de experiência desses profissionais, a maioria atua há mais de cinco anos nessa área (94,2%). Houve predomínio do sexo feminino (71,2%). A categorização da amostra está descrita na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos profissionais de saúde lotados na Clínica Médica de um Hospital Universitário. Vitória-ES, 2019.

Opções		n°	%
Já Havia Respondido o Questionário	Não	51	98,1
	Não Sei	1	1,9
Cargo	Técnico ou auxiliar de enfermagem	28	53,8
	Enfermeiro	10	19,2
	Médico	6	11,5
	Fisioterapeuta	3	5,8
	Nutricionista	2	3,8
	Assistente Social	1	1,9
	Fonoaudiólogo	1	1,9
	Psicólogo	1	1,9
Gênero	Masculino	15	28,8
	Feminino	37	71,2
Tempo na área	1 a 2 anos	1	1,9
	3 a 4 anos	1	1,9
	5 a 10 anos	18	34,6
	11 a 20 anos	19	36,5
	>21 anos	12	23,1
	Não Respondeu	1	1,9
Total		52	100%

Na tabela 2, são descritas as médias dos escores de cada uma das seis dimensões da “cultura de segurança”, conforme o SAQ. A média geral foi de 68,07, variando de

19,56 a 94,55, com desvio padrão de 16,8. Apenas o domínio Satisfação no Trabalho apresentou uma média maior que 75 (79,35 \pm 18,29), sendo considerada avaliação positiva no local de trabalho. Os demais domínios apresentaram avaliação abaixo do esperado para a “cultura de segurança”. O domínio que obteve o pior escore foi o de Percepção da Gerência (53,48 \pm 24,83).

Tabela 2. Descrição dos escores de “cultura de segurança” dos pacientes dos profissionais de Saúde da Clínica Médica. Vitória, 2019.

Domínio	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Clima de Trabalho	22,00	100,00	68,30	19,95
Clima de Segurança	17,86	100,00	68,86	18,78
Satisfação no Trabalho	26,20	100,00	79,35	18,29
Percepção do Estresse	12,50	100,00	70,43	26,49
Percepção sobre Gerência	9,09	100,00	53,48	24,83
Condições de Trabalho	0,00	100,00	67,07	26,21
Escore Geral	19,56	94,55	68,07	16,80

A melhor percepção foi encontrada no profissional médico (83,42), seguido do profissional nutricionista (80,25), enquanto que os profissionais assistente social (51,46) e técnico e auxiliar de enfermagem (62,38) obtiveram os piores escores. Na tabela 3, são apresentados os escores de “cultura de segurança” do paciente entre as diferentes categorias profissionais.

O domínio Satisfação Profissional apresentou melhores respostas positivas entre os participantes, enquanto que as piores foram dos domínios de Clima de Trabalho e Percepção da Gerência.

Ao contrário dos outros profissionais, os médicos apresentaram melhor percepção sobre a maioria dos domínios, exceto o domínio Percepção sobre Estresse (71,33). Os enfermeiros tiveram pior percepção somente nos domínios Clima de Trabalho (66,67) e Percepção sobre Gerência (68,00), já os nutricionistas nos domínios Percepção sobre Estresse (70,25) e Condições de Trabalho (72,92). Os técnicos e auxiliares de enfermagem não apresentaram nenhum escore satisfatório. Fisioterapeutas e assistentes sociais mostraram pior percepção sobre a maioria dos domínios, com exceção do domínio Percepção sobre Estresse, com 79,17 e 76,50 respectivamente. Fonoaudiólogos apresentaram melhor percepção somente nos domínios Percepção sobre Estresse (87,50) e Satisfação Profissional (80,00). Em

relação aos psicólogos, obteve-se um resultado equilibrado, três domínios positivos e três negativos.

Ao analisar as categorias profissionais separadamente, duas dimensões se destacaram de forma positiva entre eles. O domínio Satisfação Profissional em que médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e psicólogos obtiveram melhor percepção e o domínio Percepção sobre Estresse, para os fisioterapeutas, assistentes sociais e fonoaudiólogos. Técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais pontuaram de forma mais negativa o domínio Percepção da Gerência.

Os itens de Clima de trabalho em equipe demonstram que 84,7% relatam ter o apoio dos outros membros da equipe e 78,9% fazem perguntas quando não entendem algo. Quanto ao Clima de Segurança, 80,8% conhecem os meios adequados para encaminhar as questões de segurança do paciente e 76,9% se sentiriam seguros se fossem pacientes na instituição. Quanto à Satisfação no Trabalho, 92,4% se orgulham da área em que trabalham e 82,7% relatam que a Clínica Médica é um bom setor para trabalhar. Em relação à Percepção do Estresse, 78,9% concordam que o desempenho é prejudicado quando a carga de trabalho é excessiva. Quanto à Percepção da Gerência, a maioria concordou que a administração da Unidade está fazendo um bom trabalho.

Ao analisar a relação de convivência com outros profissionais integrantes da equipe, a maioria concorda ter boa relação com os enfermeiros, médicos e farmacêuticos. Em relação à questão da comunicação, somente 15,4% da amostra discordam que falhas na comunicação levam a erros.

Tabela 3. Escores de “cultura de segurança” do paciente por profissionais de saúde do setor de Clínica Médica. Vitória-ES, 2019.

Profissional	Clima no Trabalho	Clima de Segurança	Satisfação Profissional	Percepção sobre Estresse	Percepção sobre Gerência	Condições de Trabalho	Escore Geral
Médico	87,50	78,97	93,33	71,33	80,49	88,89	83,42
Enfermeiros	66,67	77,26	83,50	75,00	68,00	83,33	74,38
Técnicos ou auxiliares de Enfermagem	68,34	63,98	74,51	67,07	42,80	57,59	62,38
Psicólogo	66,67	78,57	100,00	68,75	63,64	91,67	78,22
Fisioterapeuta	68,06	61,90	73,33	79,17	43,94	63,89	65,05

Assistente Social	58,33	57,14	60,00	76,50	19,27	37,50	51,46
Nutricionistas	95,83	75,00	92,50	70,25	75,00	72,92	80,25
Fonoaudiólogo	45,83	71,43	80,00	87,50	54,55	41,67	63,50

Foi analisada a diferença de média entre os profissionais e os escores de “cultura de segurança” do paciente, conforme a tabela 4. Observou-se que existe uma diferença de média entre todos os domínios em relação aos profissionais de saúde, com p-valor < 0,01.

Tabela 4. Diferença de média entre os profissionais de Saúde e os escores de “cultura de segurança” do paciente. Vitória-ES, 2019.

Domínio	t	Diferença de média	p-valor
Clima de Trabalho	12,56	69,65	<0,01
Clima de Segurança	23,64	70,53	<0,01
Satisfação no Trabalho	17,87	82,15	<0,01
Percepção do Estresse	31,57	74,45	<0,01
Percepção sobre Gerência	7,87	55,96	<0,01
Condições de Trabalho	9,18	67,18	<0,01
Escore Geral	18,03	69,83	<0,01

Em relação ao tempo de atuação na área, observou-se que os profissionais com maior tempo apresentaram pior escore em todos os domínios e no total geral, quando comparados aos outros profissionais com menor tempo de atuação. Ao se comparar as médias, notou-se uma diferença significativa no domínio Percepção sobre Estresse para esses profissionais com maior tempo (65,21). Profissionais com 21 anos ou mais de tempo de atuação foram os que apresentaram pior escore nos domínios Percepção sobre Gerência (46,59), Condições de Trabalho (63,54) e Clima de Segurança (66,67). Os profissionais com um a dois anos de tempo de atuação foram os que apresentaram maior escore no domínio Percepção sobre Estresse (100). O domínio Percepção sobre Gerência apresentou menor média com todos os profissionais, conforme tabela 5.

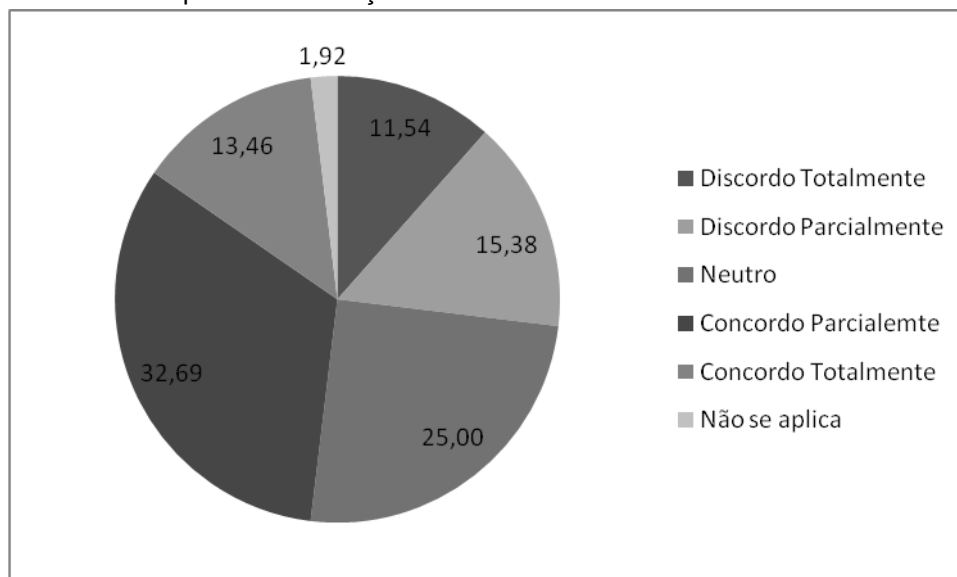
Tabela 5. Distribuições de média em relação ao tempo de atuação na área da saúde e os domínios de Segurança do Paciente. Vitória, 2019.

Tempo de atuação na área	Clima no Trabalho	Clima de Segurança	Satisfação Profissional	Percepção sobre Estresse	Percepção sobre Gerência	Condições de Trabalho	Escore Geral
>21 anos	70,14	66,67	79,17	65,21	46,59	63,54	65,22

11 a 20 anos	68,04	69,17	79,27	59,37	57,08	67,32	66,71
5 a 10 anos	65,33	69,71	80,83	84,72	54,29	68,75	70,61
3 a 4 anos	87,50	66,67	75,00	87,50	56,82	75,00	74,75
1 a 2 anos	70,83	75,00	90,00	100,00	75,00	83,33	82,37

Houve diferença de médias significativas entre todas as dimensões de “cultura de segurança” e as faixas etárias de atuação ($p < 0,05$).

Figura 1 - Percepção dos profissionais se suas sugestões de segurança seriam consideradas pela administração



Verificou-se que 46,2% dos profissionais concordam que suas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se as expressasse à administração, enquanto que 26,9% discordam e 25% se mantiveram neutros, conforme figura 1.

Os resultados obtidos em cada questão estão apresentados no APÊNDICE.

APÊNDICE – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PROFISSIONAIS POR ITENS NOS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO

Domínios	Respostas				
	Discordo*	Neutro	Concordo*	NA**	I***
	%	%	%	%	%
Clima de trabalho em equipe					
As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área.	5,7	5,8	86,6	1,9	0
Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente. (R****)	53,8	5,8	38,5	1,9	0
Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado	23,1	9,6	65,4	0	1,9
Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	11,5	1,9	84,7	1,9	0
É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	17,3	3,8	78,9	0	0
Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	23,1	9,6	65,4	1,9	0
Clima de Segurança					
Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	15,4	7,7	76,9	0	0
Erros são tratados de forma apropriada nesta área.	21,1	11,5	65,5	0	1,9
Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	11,5	5,8	80,8	1,9	0
Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	23,1	13,5	63,4	0	0
Nesta área, é difícil discutir sobre erros. (R****)	30,8	13,5	55,8	0	0
Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	21,1	3,8	71,3	3,8	0
A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	17,3	17,3	63,5	1,9	0
Satisfação no Trabalho					
Eu gosto do meu trabalho.	26,9	25	46,2	1,9	0
Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	15,3	5,9	76,9	1,9	0
Este é um bom lugar para trabalhar.	13,5	1,9	82,7	1,9	0
Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	1,9	1,9	92,4	3,8	0
O moral nesta área é alto.	15,3	28,9	53,9	0	1,9
Percepção do Estresse					
Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	11,5	3,8	78,9	5,8	0
Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a)	23,1	5,8	69,2	1,9	0
Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	23,1	5,8	67,3	3,8	0
O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência.	28,9	3,8	57,7	9,6	0

* Parcial ou totalmente; ** Não se aplica; *** Ignorado; **** Itens reversos

Domínios	Respostas				
	Discordo*	Neutro	Concordo*	NA**	I***
Percepção da Gerência da Unidade	%	%	%	%	%
A administração apoia meus esforços diários.	32,7	9,6	53,9	1,9	1,9
A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.	34,6	25	38,5	0	1,9
A administração está fazendo um bom trabalho.	21,2	21,2	55,7	0	1,9
Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva.	48,1	17,3	30,8	0	3,8
Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho.	21,2	19,2	57,7	0	1,9
Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	40,4	11,5	48,1	0	0
Percepção da Gerência Hospitalar	Discordo*	Neutro	Concordo*	NA**	I***
A administração apoia meus esforços diários.	30,8	23,1	40,4	3,8	1,9
A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.	32,7	26,9	36,6	1,9	1,9
A administração está fazendo um bom trabalho.	23,1	23,1	50	1,9	1,9
Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva.	57,7	19,2	21,2	0	1,9
Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho.	19,2	21,2	57,7	0	1,9
Condições de Trabalho	Discordo*	Neutro	Concordo*	NA**	I***
Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros de equipe.	26,9	9,6	59,7	0	3,8
Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	30,8	1,9	65,4	1,9	0
Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	7,7	19,2	67,3	5,8	0
Itens Isolados	Discordo*	Neutro	Concordo*	NA**	I***
Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área.	7,7	1,9	90,4	0	0
Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	13,4	11,5	73,2	1,9	0
Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	13,5	28,8	51,9	5,8	0
Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns. (R****)	15,4	11,5	69,3	1,9	1,9

* Parcial ou totalmente; ** Não se aplica; ***Ignorado; ****Itens reversos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As publicações referentes à cultura de segurança do paciente são crescentes nos estabelecimentos de saúde, principalmente no âmbito hospitalar, visto que é um tema de grande importância e impacto na qualidade dos cuidados de saúde, porém ainda existem lacunas que necessitam ser estudadas e trabalhadas nos modelos de gestão e organização nos diversos níveis de atenção.

No contexto nacional, observou-se, que o número de pesquisas realizadas ainda é reduzido. Porém, a partir do estabelecimento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 2013, por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril, houve um aumento de estudos sobre a temática e a necessidade de se conhecer a realidade da Qualidade aplicada a saúde para instituir medidas de controle conforme orienta os órgãos internacionais.

O estudo identificou quais foram as dimensões da cultura de segurança do paciente que apresentaram potencialidades e fragilidades que devem ser fortalecidas dentro da organização, a partir de um bom planejamento de ações de melhoria. As intervenções devem considerar os modelos de gestão, as profissões e os cargos, pois são características que interferem na percepção geral dos profissionais de saúde.

Observou-se que cinco dos seis domínios não apresentaram escores satisfatórios para um nível ideal de “cultura de segurança”, o que demonstra que necessitam ser trabalhados na instituição.

O domínio Satisfação no Trabalho representa um potencial para o hospital analisado, enquanto que o domínio Percepção da Gerência constitui um fator preocupante, haja vista o potencial de influência da gerência no comportamento dos demais profissionais. Reforçou-se o papel fundamental exercido pela gestão no bem-estar dos profissionais que atuam nas unidades hospitalares e em outros espaços e contextos de saúde. Infere-se que o distanciamento dos gestores ou a adoção de práticas punitivas em detrimento ao acolhimento e valorização pode provocar desmotivação, impacto no rendimento, adoecimento, perda da autoestima, dentre outras consequências negativas.

Depreende-se que os todos os domínios do instrumento precisam ser tratados pela administração em patamar de igualdade, pois são domínios complementares na construção da “cultura de segurança”. Dessa forma, precisam ser trabalhados conforme as necessidades dos trabalhadores, a fim de que a segurança do paciente seja instituída com qualidade.

Portanto, destaca-se a necessidade de se estabelecer no âmbito dos serviços de saúde, uma cultura mais humanizada, pautada no respeito, na cordialidade e, principalmente, que esforços sejam conjugados, a fim de consolidar uma “cultura de segurança” positiva.

Dessa forma, analisar as dimensões da cultura de segurança por meio de aplicação de instrumentos contribui para que os serviços de saúde sejam aperfeiçoados.

Dentre as limitações existentes nesta pesquisa, destaca-se a coleta de dados restrita a um setor do hospital universitário. Esse fato demonstra a necessidade de ampliar o escopo de pesquisa, investigando outros setores da unidade hospitalar, no intuito de apresentar a “cultura de segurança” do hospital como um todo. Outra recomendação diz respeito à análise aos diversos hospitais universitários da região sudeste, com a intenção de levantar a “cultura de segurança” em um contexto maior, além da análise entre hospitais públicos e privados, com o intuito de comparar a segurança oferecida nesses diferentes tipos de unidades/gestão.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. R. S.; et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Rev. ABENO**, Londrina, v. 16, n. 2, 2016.

ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, p. 1-7, 2016.

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

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletim Informativo**. 2015; p. 1-23. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/boletim_seguranca_paciente_10.pdf>. Acesso em: 15 Set. 2019.

BAE, S. H.; MARK, B.; FRIED, B. Impact of nursing unit turnover on patient outcomes in hospitals. **Journal of Nursing Scholarship**, v.42, n.1, p. 40-49, 2010.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 546-551, 2007.

BITTAR, O. N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 21-28, 2001.

BOHOMOL, E.; TARTALI, J. A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.** v.26, n.4, p.376-381, 2013.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BOUSSAT, B., KAMALANAVIN, K., FRANCËOIS, P. The contribution of open comments to understanding the results from the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS): A qualitative study. **PLoS ONE**. v.13, n.4, p.e0196089, 2018.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática**. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cade-rno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

_____. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA- RDC nº 36 de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013.

_____. ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA- RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, 2011.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário oficial da União: Brasília. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013.** 2013. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_24600227_PORTARIA_N_1377_DE_9_DE_JULHO_DE_2013.aspx>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095,** de 24 de setembro de 2013. Publicada no D.O.U. de 25/09/2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/portaria_2095_2013.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BUMP, G. M.; et al. Evaluating the clinical learning environment: Resident and fellow perceptions of patient safety culture. **J Grad Med Educ.** v.7, p.109–112, 2015.

CALORI, M.A.O; GUTIERREZ, S. L; GUIDI, T.A.C. Segurança do paciente: promovendo a cultura de segurança. **Saude em Foco,** n.7, p.226-235, 2015.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant,** Recife, v. 5, n. 1, p. 63-S69, 2005.

CAMPOS, D. C.; DIAS, M. C. F. A cultura de segurança no trabalho: um estudo exploratório. **Revista Eletrônica Sistemas & Gestão**, v. 7, n. 4, p. 594-604, 2012.

CAMPOS, K.F.C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.21, n. 4, 2017.

CAMPOS, N. P. S.; GONZAGA, M.M.F.N. O papel do enfermeiro na prevenção de erros e eventos adversos na assistência da equipe de saúde. **Revista Saúde em Foco. Edição**, n.09, p.327-334, 2017.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do safety attitudes questionnaire para o Brasil - questionário de atitude de segurança**. 2011. (Tese de Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Unidade da USP, Ribeirão Preto, 2011.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25, n.1, e2849, p.1-8, 2017.

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 575-582, 2012.

CAUDURO F. L. F.; et al. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare enferm**, v.20, n.1, p.129-38, 2015.

CAUDURO, F. L. F.; VALLE, M. F.; CRUZ, E. D. A. Percepção da cultura de segurança entre médicos. **Rev. Uniandrade**. v. 18, n. 1, p. 24-34, 2017.

COSTA, E. F.; NASCIMENTO, R. N.; PEREIRA, F. S. P. Gestão da Qualidade: **A Qualidade como fator de competitividade e satisfação do cliente**. 2018. Disponível em: <https://www.senaispeditora.com.br/media/tcc/RENATO_NUNES_DO_NASCIMENTO.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

CRUZ, E. D. A.; et al. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v.23, n.1, p.1-9, 2018.

DEMO, G.; FOGAÇA, N.; COSTA, A. C. Políticas e práticas de gestão de pessoas nas organizações: cenário da produção nacional de primeira linha e agenda de pesquisa. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2018.

DUARTE, M. L. C.; GLANZNER, C. H.; PEREIRA, L. P. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0255, 2018.

DUARTE, S. C. M.; et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

FARIAS, D. C.; ARAUJO, F. O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, 2017.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

FERMO, V. C.; et al. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, p. 1-9, 2016.

FERNANDES, E. G. V.; ALCÂNTARA, G. V. V.; SADOYAMA, G. Gestão pela qualidade em Instituições Hospitalares. **Blucher Education Proceedings**, v. 2, n. 1, p. 28-35, 2017.

FONSECA, P. H. et al. Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 318-330, 2018.

GAMA, Z. A.; S. et al. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cad Saude Publica**. v.29, n.2, p.283-293, 2013.

GASPARINO, R. C.; et al. Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 3, p. 1-8, 2017.

GAWRON, M. F. G.; OSELAME, G. B.; NEVES, E. B. Avaliação da cultura de segurança das instituições de saúde por profissionais de Enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 18, n. 4, p. 61-67, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLLE, L.; et al. Cultura de segurança do paciente em hospital privado. **Rev Fund Care Online**, v.10, n.1, p.85-89, 2018.

GRAF, R. R. **A implementação de escritório da qualidade em hospital de pequeno porte**. 2016. 94f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2016.

GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2012.

HADDAD, M. C. L.; ÉVORA, Y. D. M.. Implantação do programa de qualidade em hospital universitário público. **Ciência e Cuidado em Saúde**, v. 1, n. 11, p. 78-86, 2012.

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

HERR, G. E. G.; AOZANE, F.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. Segurança do paciente: uma discussão necessária. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 2300-2310, 2015.

HOFFMANN, B.; et al. Effects of a team-based assessment and intervention on patient safety culture in general practice: an open randomised controlled trial. **BMJ Qual Saf**, v.23, n.35–46, p.33, 2014.

IAMAMOTO, M. V. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. **Serviço Social**, São Paulo, n. 120, p. 609-639, 2014.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 5. ed. Oakbrook Terrace: Department of Publications, 2014.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. 3 ed. Washington: National Academy of Institute of Sciences, 2000.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. et al. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta Paul Enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 531-537, 2017.

LEMOS, G. C., et al. A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v.8, p.e2600, 2018.

LIMA, C. A. et al. Gestão de risco hospitalar: um enfoque na qualidade e segurança do paciente. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5, número especial, p. 2862-2876, 2014.

LONGO, R. M. J. **Gestão da Qualidade**: Evolução Histórica, Conceitos Básicos e Aplicação na Educação. Brasília: Centro de Tecnologia de Gestão Educacional, 1996.

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.756-62, 2016.

MACHADO, M. H.; et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 7, p. 9-14, 2016.

MAGALHÃES, F. H. L.; et al. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. 1-7, 2019.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

MARÍN, A. G.; et al. Assessment of patient safety culture in clinical laboratories in the Spanish National Health System. **Biochem Med**. v.25, n.3, p.363-376, 2015.

MARINHO, M. M.; RADUNZ, V.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 581-590, 2014.

MARTINS, M. S.; MATOS, E.; SALUM, N. C. Rotatividade Dos Trabalhadores De Enfermagem Em Uma Unidade De Emergência Adulto. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20160069, 2019.

MATIELLO, R. D. C.; et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, p.1-9, 2016.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria Geral da Administração**: da revolução urbana à revolução digital. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES, C. M. F. G. S.; BARROSO, F. F. M. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa , v. 32, n. 2, p. 197-205, 2014.

MENEZES, I. G.; GOMES, A. C. P. Clima organizacional: uma revisão histórica do construto. **Psicologia em Revista**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 158-179, 2010.

MILAGRES, L. M. **Gestão de riscos para segurança do paciente**: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos 2015. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H.. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto contexto - enferm.** v.25, n.2, e1610015, p.1-9, 2016.

NASCIMENTO, J.C, DRAGANOV, P.B. History of quality of patient safety. **Hist enferm Rev eletrônica**. v.6, n.2, p.299-309, 2015.

NEVES, M. A. B. **Avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde: um enfoque baseado no valor para o paciente**. Congresso nacional de gestão pública, 3., Anais eletrônicos. Brasília: CONSAD, 2010. Disponível em: <http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_II_l_congresso_consad/painel_9/avaliacao_da_qualidade_da_prestacao_de_servicos_de_saude.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

NIE, Y.; et al. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC Health Serv Res**. v.24; n.13, p.228, 2013.

NOGUEIRA, L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. 3. ed. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda, 2008.

NOTARO, K. A. M. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidades de neonatologia na perspectiva da equipe multiprofissional**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. 2017.

OHRN, A.; RUTBERG, H.; NILSEN, P. Patient safety dialogue: evaluation of an intervention aimed at achieving an improved patient safety culture. **J Patient Saf**. v.7, n.4, p. 185-192, 2011.

OLIVEIRA, I. C. L.; et al. Cultura de segurança: percepção dos profissionais de saúde em um hospital mental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.71, supl. 5, p. 2316-2322, 2018.

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

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013.

PAIXAO, D. P. S. S.; et al. Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. **Rev. Bras. Enferm.**, v.71, supl.1, p. 577-584, 2018.

PAVAO, A. L. B.; et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 14, n. 4, p. 651-661, 2011.

PICOLOTTO, A.; et al. A Cultura de Segurança do Paciente da Equipe de Enfermagem de um Ambulatório Central. **Rev Fund Care Online**, v.11, n. esp, p.333-338, 2019.

RAIMONDI, D. C.; et al. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n.2, p. 1-9, 2019.

RAMOS, F.; COCA, S. M.; ABELDAÑO, R. A. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. **Enfermería Universitaria**. v.14, n. 1, p. 47-53, 2017.

REASON, J. Human error: models and management. **Brit med journal**, n.320, p. 768-770, 2000. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/320/7237/768>. Acesso em: 20 de setembro de 2018.

REIS, C. T.; et al. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.28, n.11, p. 2199-210, 2012.

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

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 coletiva**. v.18, n.7, p.2029-2036, 2013a.

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

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, p.1-9, 2017.

ROCHA, F. L. R. et al. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 48, n. 2, p. 308-314, 2014.

ROMERO, M.P.; et al. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética, Brasília**, v. 26, n. 3, jul./set. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n3/1983-8042-bioet-26-03-0333.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2019.

ROTH, C. W. **Qualidade e produtividade**. Santa Maria: Colégio Técnico Industrial, 2011.

SALVADOR, P. T. C. O.; SANTOS, V. E. P. Participação do técnico de enfermagem na sistematização da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista de enfermagem**, v.21, n.6, p.818-823, 2013.

SANDARS, J.; ESMAIL, A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. **Fam Pract.** v.20, n.3. p.231-6, 2003.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. esp, p.123-130, 2015.

SATURNO, P. J.; et al. Grupo Proyecto ISEP: Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. **Med Clin.**, Barcelona, v. 131, n.3, p. 18-25, 2008.

SCHWONKE, C. R. G. B.; et al. Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. **Enfermería Global**, v.10, n. 41, p. 220-232, 2016.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 44, n. 6, p. 1- 10, 2006.

SILVA, A. C. A.; et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. esp., p. 1-9, 2016.

SILVA, A. C.A.B.; ROSA, D.O.S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm.** v.21, n.esp, p.01-10, 2016.

SILVA, A. T.; et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.111, p.292-301, 2016.

SILVA, A.E.B.C.; et al. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2011.

SILVA, I. R. et al. Segurança do Paciente: reflexão teórica sobre a cultura de segurança organizacional. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 9, n. 2, p. 06-10, 2018.

SILVA, K.; et al. Gestão da qualidade total nos serviços de saúde: modelo gerencial em desenvolvimento. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 617-632, 2015.

SILVA, L.D. Segurança do paciente no contexto hospitalar. **Rev Enferm UERJ**, v.20, n.3, p.291-2, 2012.

SILVA, M. V. P.; CARVALHO, P. M. G. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto atendimento. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2016.

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

SILVA-BATALHA, E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-441, 2015.

SILVA-BATALHA, E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.40, n.3, p.109-123, 2016.

SILVA-BATALHA, E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública (online)**, v.40, p.109-123, 2016b.

SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 51, n.3, p. 1-8, 2017.

SOTO, M. J.D.I C. M.. Planejamento institucional: capacidade de conduzir ações. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 198-204, 2003.

SOUZA, C. S. et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. 1-9, 2019.

SOUZA, L. O. O uso de protocolos de segurança do paciente nas instituições hospitalares. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 19, n. 1, p. 70-77, 2017.

TAMADA, R. C. P.; BARRETO, M. F. S.; CUNHA, I. C. K. O. **Modelos de gestão em saúde: novas tendências, responsabilidades e desafios**. 2013. Disponível em: <http://www.convibra.org/upload/paper/2013/38/2013_38_7937.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018

TOMAZONI, A. **Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2013.

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

VERBAKEL, N. J.; et al. Exploring patient safety culture in primary care. **Quality in Health Care**. v. 26, n. 6, p. 585-591, 2014.

WEBAIR, H. H.; et al. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. **BMC Fam Pract.** v. 16, n.1, p.136, 2015.

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

WERMELINGER, M.; et al. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 55-71, 2010.

WHO - World Health Organization. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Genebra: CHE, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 22 Ago. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “A Segurança do Paciente em um Hospital de Ensino”.

JUSTIFICATIVA: Segurança do paciente pode ser definido sucintamente, como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar. Desta forma, conhecer a cultura de segurança do paciente de uma instituição fornece informações importantes sobre as percepções dos profissionais sobre o trabalho desenvolvido na instituição, permitindo-se criar estratégias a fim minimizar a ocorrência de eventos adversos. **OBJETIVO:** A presente pesquisa visa avaliar a cultura de segurança do paciente no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). **PROCEDIMENTOS:** Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa e caráter descritivo. Os participantes da pesquisa são profissionais que atuam nas unidades assistenciais e administrativas do HUCAM. **DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA:** Você está sendo convidado a preencher um questionário de questões objetivas no seu local de trabalho, sendo necessário aproximadamente 15 minutos para o seu preenchimento. **RISCO:** A pesquisa poderá gerar riscos psicológicos referentes ao constrangimento. Riscos leves e transitórios, aceitáveis em relação aos benefícios e conhecimentos que serão gerados, decorrentes do ato de responder a um questionário contendo informações pessoais e trazer à memória experiências que possam causar constrangimento. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização da entrega do questionário, além da garantia da privacidade, já que o próprio profissional responderá os questionários, em sigilo. Em momento algum o direito de preservação da identidade dos participantes será infringido. Desta forma, o participante não será julgado por suas respostas. **BENEFÍCIOS:** A pesquisa apresenta benefícios diretos e indiretos. Diretos pela própria reflexão trazida ao profissional ao responder sobre cultura de segurança e indiretos pelo conhecimento gerado na pesquisa e a possibilidade da redução de possíveis fatores que contribuam para a ocorrência de eventos adversos envolvendo a segurança do paciente sob os cuidados dos participantes da pesquisa, melhorar a qualidade da assistência prestada, aumentar o conhecimento científico sobre o tema estudado bem como as possibilidades de intervenção e propostas de melhoria na cultura organizacional. **ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** Caso sinta necessidade de abordagem referente a cultura de segurança do paciente, os pesquisadores responsáveis estarão à disposição para orientar, bem como a encaminhar a serviços pertinentes caso surja demanda referente a temática do presente estudo. **GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar

deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será fornecida a você. **CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. **CONTATO:** As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são Andressa Tomazini Borghardt e Flávia Batista Portugal. Qualquer esclarecimento, as referidas pesquisadoras atuam no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), fone: (27) 3335 - 7119. E-mail: ppgenfufes@gmail.com. Endereço: Av. Marechal Campos, 1468 – Campus Universitário de Maruípe, Vitória-ES, Brasil. CEP: 29040- 090.

O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8:00h às 12:00h e 13:00h às 17:00h. Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória, _____/_____/_____

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “A segurança do Paciente em um Hospital Universitário”, eu, Flávia Batista Portugal, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.



APÊNDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA

FORMULÁRIO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA NO HUCAM		
Título do Projeto: : A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO		
Classificação da Pesquisa: Pesquisa Academica		
Responsável pela Instituição: Flávia Batista Portugal		
Pesquisador Principal: Flávia Batista Portugal		
Link do Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/1876697154549534		E-mail do Responsável na Inst.: flaviabportugal@gmail.com
Programa de Pós-Graduação(Se Pertinente): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo		
Tipo de Participação: Instituição Responsável	Número de Participantes.:	Estudo Multicêntrico: Não
INFORMAÇÕES FINANCEIRAS		
Tipo de Fomento: Nenhum		Recursos em Capital Aplicados no Hospital: R\$
Recursos em Custeio Aplicados no Hospital: R\$		Recursos em Bolsas: R\$
Financiador(es):		
Ano de Início do Projeto: 07/2016	Ano de Enc.: 01/2020	Instituições Participantes: Universidade Federal do Espírito Santo e Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
Área de Conhecimento: Ciências da Saúde		Natureza da Pesquisa: Aplicada/Estratégica
Tipo de Pesquisa: Pesquisa Clínica Epidemiológica/Observacional		
Sector de Aplicação dos Resultados da Pesquisa: Gestão e Planejamento em Saúde		
Agravo em Saúde em Investigação: Outros		
Tipo(s) de Tecnologia(s) em Investigação: Sistemas Organizacionais e de Gestão		Natureza de Aplicação da Tecnologia em Investigação: Prevenção

Enf^a *Rosemeire Anacleto*
Chefe do Setor de Vigilância em
Saúde e Segurança do Paciente
HUCAM/EBSERH

Autorizador do Projeto no HUCAM

(Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Setor/Serviço em que será realizado o estudo)

Data: 16/06/16

Dr. Guilherme Crespo
Chefe da Unid. de Oncologia e Radiologia
HUCAM/EBSERH

SETOR DE GESTÃO DA PESQUISA E INQUÉRITO

Anuência GEP

Data: 17/06/16

APÊNDICE C – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PROFISSIONAIS POR ITENS NOS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO

Domínios	Respostas				
	Discordo*	Neutro	Concordo*	NA**	I***
	%	%	%	%	%
Clima de trabalho em equipe					
As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área.	5,7	5,8	86,6	1,9	0
Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente. (R****)	53,8	5,8	38,5	1,9	0
Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado	23,1	9,6	65,4	0	1,9
Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	11,5	1,9	84,7	1,9	0
É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	17,3	3,8	78,9	0	0
Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	23,1	9,6	65,4	1,9	0
Clima de Segurança					
Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	15,4	7,7	76,9	0	0
Erros são tratados de forma apropriada nesta área.	21,1	11,5	65,5	0	1,9
Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	11,5	5,8	80,8	1,9	0
Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	23,1	13,5	63,4	0	0
Nesta área, é difícil discutir sobre erros. (R****)	30,8	13,5	55,8	0	0
Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	21,1	3,8	71,3	3,8	0
A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	17,3	17,3	63,5	1,9	0
Satisfação no Trabalho					
Eu gosto do meu trabalho.	26,9	25	46,2	1,9	0
Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	15,3	5,9	76,9	1,9	0
Este é um bom lugar para trabalhar.	13,5	1,9	82,7	1,9	0
Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	1,9	1,9	92,4	3,8	0
O moral nesta área é alto.	15,3	28,9	53,9	0	1,9
Percepção do Estresse					
Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	11,5	3,8	78,9	5,8	0
Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a)	23,1	5,8	69,2	1,9	0
Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	23,1	5,8	67,3	3,8	0
O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência.	28,9	3,8	57,7	9,6	0

* Parcial ou totalmente; ** Não se aplica; *** Ignorado; **** Itens reversos

Domínios	Respostas				
	Discordo*	Neutro	Concordo*	NA**	I***
Percepção da Gerência da Unidade	%	%	%	%	%
A administração apoia meus esforços diários.	32,7	9,6	53,9	1,9	1,9
A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.	34,6	25	38,5	0	1,9
A administração está fazendo um bom trabalho.	21,2	21,2	55,7	0	1,9
Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva.	48,1	17,3	30,8	0	3,8
Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho.	21,2	19,2	57,7	0	1,9
Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	40,4	11,5	48,1	0	0
Percepção da Gerência Hospitalar	Discordo*	Neutro	Concordo*	NA**	I***
A administração apoia meus esforços diários.	30,8	23,1	40,4	3,8	1,9
A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.	32,7	26,9	36,6	1,9	1,9
A administração está fazendo um bom trabalho.	23,1	23,1	50	1,9	1,9
Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva.	57,7	19,2	21,2	0	1,9
Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho.	19,2	21,2	57,7	0	1,9
Condições de Trabalho	Discordo*	Neutro	Concordo*	NA**	I***
Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros de equipe.	26,9	9,6	59,7	0	3,8
Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	30,8	1,9	65,4	1,9	0
Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	7,7	19,2	67,3	5,8	0
Itens Isolados	Discordo*	Neutro	Concordo*	NA**	I***
Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área.	7,7	1,9	90,4	0	0
Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	13,4	11,5	73,2	1,9	0
Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	13,5	28,8	51,9	5,8	0
Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns. (R****)	15,4	11,5	69,3	1,9	1,9

* Parcial ou totalmente; ** Não se aplica; ***Ignorado; ****Itens reversos

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Pesquisador: Flávia Batista Portugal

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 56111716.2.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.789.822

Apresentação do Projeto:

Trata-se o presente projeto de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. Será realizado um levantamento das atitudes e cultura de segurança no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), nas unidades assistenciais e administrativas do hospital. O projeto visa identificar os riscos assistenciais, institucionais, profissionais e clínicos à segurança do paciente e monitorar os incidentes e eventos adversos em saúde. A população do estudo será formada pelos profissionais que atuam nas unidades assistenciais e administrativas. Será aplicado um questionário socioeconômico e demográfico e o Questionário de Atitudes de Segurança - SAQ (Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006) nos profissionais do HUCAM. Quanto aos incidentes em saúde e os riscos assistenciais, institucionais, profissionais e clínicos, serão obtidas informações existentes nos prontuários e no escopo de notificações do sistema VIGIHOSP (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares). Havendo a necessidade de complementação de dados relacionados aos riscos assistenciais será realizada a pesquisa nos prontuários dos pacientes. Serão coletadas informações de identificação do incidente e possíveis riscos, variáveis que possam contribuir e atenuar o evento, bem como de caracterização das ocorrências conforme pertinente a caso tipo de incidente e informações que caracterizam a atuação da equipe frente a segurança do paciente.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.789.822

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar as atitudes e cultura de segurança em um hospital de ensino;
- Identificar os riscos assistenciais, institucionais, profissionais e clínicos à segurança do paciente;
- Monitorar os incidentes e eventos adversos em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador responsável, os riscos relacionados com o projeto incluem riscos psicológicos referentes ao constrangimento. São considerados, pelo pesquisador, riscos leves e transitórios, aceitáveis em relação aos benefícios e conhecimentos que serão gerados, decorrentes do ato de responder a um questionário contendo informações pessoais e trazer à memória experiências que possam causar constrangimento. Para minimizar os riscos os participantes serão orientados minuciosamente sobre a pesquisa antes da realização da entrega do questionário, além da garantia da privacidade, já que o próprio profissional responderá os questionários, em sigilo. Em momento algum o direito de preservação da identidade dos participantes será infringido. Desta forma, o participante não será julgado por suas respostas. Com relação aos benefícios, o projeto de pesquisa apresenta benefícios diretos e indiretos. Diretos pela própria reflexão trazida ao profissional ao responder sobre cultura de segurança e indiretos pelo conhecimento gerado na pesquisa e a possibilidade da redução de possíveis fatores que contribuam para a ocorrência de eventos adversos envolvendo a segurança do paciente sob os cuidados dos participantes da pesquisa, melhorar a qualidade da assistência prestada, aumentar o conhecimento científico sobre o tema estudado bem como as possibilidades de intervenção e propostas de melhoria na cultura organizacional. Os riscos e benefícios estão de acordo com a Res. CNS N° 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância quanto ao aspecto da melhoria da segurança do paciente, que está diretamente relacionada com uma política institucional de cultura de segurança. Portanto, o levantamento dos fatores organizacionais associados à segurança da organização constitui uma etapa inicial para implantação da segurança. O projeto de pesquisa está bem fundamentado. A população do estudo será formada pelos profissionais que atuam nas unidades assistenciais e administrativas do HUCAM.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No projeto "A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO", constam os seguintes

Endereço: Av. Marechal Campos 1468	
Bairro: S/N	CEP: 29.040-091
UF: ES	Município: VITORIA
Telefone: (27)3335-7211	E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.789.822

documentos:

- Folha de rosto: apresentada e adequada.
- Projeto detalhado: apresentado e adequado.
- TCLE: apresentado e adequado.
- Termo de anuência do HUCAM: apresentado e adequado.
- Cronograma: apresentado e adequado.
- Orçamento: apresentado e adequado.

Os termos de apresentação obrigatória não estão em conformidade com a Resolução CNS 466/12.

Recomendações:

O projeto não apresenta pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_706219.pdf	29/09/2016 17:39:31		Aceito
Folha de Rosto	SP_folha.pdf	29/09/2016 17:39:08	Flávia Batista Portugal	Aceito
Outros	Carta_CEP_19_09.doc	18/09/2016 12:36:04	Flávia Batista Portugal	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_SP_CEP_18_9.doc	18/09/2016 12:35:34	Flávia Batista Portugal	Aceito
Outros	Termo_CEP.pdf	10/07/2016 18:28:41	Flávia Batista Portugal	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HUCAM_CEP.pdf	10/07/2016 18:27:50	Flávia Batista Portugal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.doc	10/07/2016 18:27:28	Flávia Batista Portugal	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.789.822

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 24 de Outubro de 2016

Assinado por:

**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador)**

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com