



**esec**  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



Mestrado em Educação para a Saúde

# CONHECIMENTO SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS PARA A SUA MELHORIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE SÃO LUÍS

Danyellen Castro Veloso

Coimbra, 2018



Danyellen Castro Veloso

# CONHECIMENTO SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS PARA A SUA MELHORIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE SÃO LUÍS

Trabalho de projeto do Mestrado em Educação para a Saúde, apresentada à Escola Superior de Educação de Coimbra e à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Paula Amaral

Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Liliana Cunha

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Lúcia Simões

Novembro, 2018



## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo dom da vida concedida a mim através dos meus pais.

Aos meu pais, Zelina Castro e José Veloso, por todo o sacrifício e toda a dedicação dispensados, mesmo na minha fase atual de vida mais independente, e por todas as oportunidades de aprendizado que me proporcionaram.

A minha irmã, Ellen Veloso, por ser quem ela é, sempre me ajudando quando necessário e, em especial, nos meus estudos e apresentações.

Ao meu irmão, Ribamar Veloso, pelos estímulos ao relaxamento constante.

A toda a minha família, pois amo a todos mesmo com as adversidades que porventura surjam pelo caminho.

À professora Lúcia Simões pela orientação e apoio nos momentos necessários.

A todos os amigos que me incentivaram e acreditaram em mim.

Ao amigo, Pablo Teles, pela ajuda essencial na construção de parte desta pesquisa.

Aos amigos Frei Romário e Edna Mesquita pelo apoio e compreensão quando me tornei cada vez mais indisponível.

Às “Boca roxas” (Karine Baldez, Larissa Faray e Dayse Costa), companheiras de “meditação” que ficaram na torcida pelo término e alcance dessa conquista.

Aos amigos Josimar Alves e Raimundo Pelciano Júnior pela ajuda na produção dos dados e dos gráficos.

Aos colegas de trabalho da Clínica Cirúrgica do Hospital, muitos dos quais eu nem conhecia, mas que participaram do processo, até sem acreditar na instituição e mais pela confiança em mim, e com quem consegui estabelecer ótimos vínculos.

A todos que fazem parte da minha vida e deram um pouco de si a mim, cujos nomes não caberiam neste escrito.

Aos pacientes, que são meu estímulo diário a ser uma profissional e pessoa cada vez melhor, a buscar sempre mais e mais conhecimento aplicável à prática. Que todo o investimento intelectual se converta em melhoria a todos eles.



“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados”

(Mahatma Gandhi, 1869-1948).



## **RESUMO**

A cultura de segurança e a segurança do paciente, apesar de serem temas percebidos em tempos remotos, ganharam destaque no final do último século. Face a isso, considerou-se conhecer a cultura de segurança e implementar medidas para a sua melhoria.

Assim, o objetivo geral deste estudo foi identificar e aprimorar o conhecimento da equipe funcional de uma unidade de saúde usando como instrumento de coleta de dados o questionário HSOPSC e atividades educativas como principal estratégia. Houve melhora nítida em 6 das 12 dimensões pesquisadas, com ênfase na dimensão sobre expectativas do supervisor/chefe e as ações promotoras da segurança.

As atividades, que visaram melhorar o conhecimento da demanda inquirida, conseguiram proporcionar uma maior adesão de protocolos para prevenção e controle de eventos adversos evitáveis e estimular a prática assistencial segura.

**Palavras-chave:** Gestão da Segurança, Segurança do paciente, Qualidade da Assistência à Saúde

## **ABSTRACT**

Despite of being perceived in remote times, the security culture and the patient safety gained distinction at the end of the last century. Hence, it was considered to know the security culture and to implement measures to improve it.

Thus, the general objective of this study is to identify and improve the knowledge of the functional team of a health unit using the HSOPSC questionnaire and educational activities as the main strategy as data collection instruments. There was sheer improvement in 6 of the 12 dimensions surveyed, with emphasis on the dimension about the supervisor / boss expectations and the actions to promote safety.

The activities that aimed to improve the knowledge of the respondent demand were able to provide a greater adhesion of protocols for prevention and control of adverse events that could be avoided and to stimulate the safe care practice.

**Key words:** Safety Management, Patient Safety, Quality of Health Care

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>ACR</b>       | Análise de Causa Raiz                                 |
| <b>Anvisa</b>    | Agência Nacional de Vigilância Sanitária              |
| <b>EA</b>        | Evento Adverso  |
| <b>EUA</b>       | Estados Unidos da América                             |
| <b>GGTES</b>     | Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde     |
| <b>HSOPSC</b>    | Hospital Survey on Patient Safety Culture             |
| <b>ICPS</b>      | International Classification for Patient Safety       |
| <b>IOM</b>       | Institute Of Medicine                                 |
| <b>JCI</b>       | Joint Commission International                        |
| <b>MISP</b>      | Metas Internacionais de Segurança do Paciente         |
| <b>OMS</b>       | Organização Mundial de Saúde                          |
| <b>PNSP</b>      | Programa Nacional de Segurança do Paciente            |
| <b>Rebraensp</b> | Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente |
| <b>SNVS</b>      | Sistema Nacional de Vigilância Sanitária              |
| <b>SUS</b>       | Sistema Único de Saúde                                |
| <b>WHO</b>       | World Health Organization                             |



## ÍNDICE GERAL

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 1  |
| <b>1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....                                | 5  |
| <b>2 METODOLOGIA DO PROJETO</b> .....                               | 11 |
| 2.1 Diagnóstico da Situação e Objetivos .....                       | 11 |
| 2.1.1 Objetivos .....   | 12 |
| 2.2 Instrumentos e Procedimentos de Coleta de dados .....           | 13 |
| 2.3 Aspectos éticos.....  | 15 |
| 2.4 Atividades de educação.....                                     | 15 |
| 2.4.1 Descrição das atividades direcionadas .....                   | 16 |
| 2.5 Tabulação e análise de dados .....                              | 19 |
| <b>3 RESULTADOS</b> .....   | 21 |
| <b>4 DISCUSSÃO</b> .....  | 29 |
| <b>5 CONCLUSÃO</b> .....  | 35 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                    | 37 |
| ANEXOS .....  | 41 |
| ANEXO A - QUESTIONÁRIO HSOPSC (MODELO ADAPTADO ORIGINAL) .....      | 43 |
| ANEXO B – QUESTIONÁRIO HSOPSC (MODELO ADAPTADO EM TABELA) .         | 47 |
| ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO .....                             | 50 |
| ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)..... | 56 |
| ANEXO E - DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA .....           | 57 |
| ANEXO F - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA .....                              | 58 |
| ANEXO G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .       | 59 |



## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Distribuição da amostra por sexo.....                                  | 21 |
| Figura 2. Distribuição da amostra por faixa etária.....                          | 21 |
| Figura 3. Distribuição da amostra por categoria profissional.....                | 22 |
| Figura 4. Distribuição da amostra por nível de escolaridade.....                 | 22 |
| Figura 5. Distribuição da amostra por experiência profissional e no serviço..... | 23 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1. Dimensões do HSOPSC e respectivas questões.....                | 14 |
| Tabela 2. Cultura de segurança da amostra ao nível da unidade/setor..... | 24 |
| Tabela 3. Cultura de segurança da amostra ao nível organizacional .....  | 26 |
| Tabela 4. Cultura de segurança da amostra ao nível de resultado.....     | 26 |
| Tabela 5. Médias finais das dimensões .....                              | 28 |

## INTRODUÇÃO

O conceito de que o profissional da saúde não erra está disseminado na sociedade e, particularmente, entre os próprios profissionais. Como quaisquer seres humanos, os profissionais de saúde são falíveis, capazes de cometer erros, são humanos e não divinos. Considera-se que bons profissionais da saúde não erram ou que tendo atenção não há erro, embora o erro seja humano. O erro é uma situação presente e relativamente frequente no processo de cuidar. Ele é um algoz de quem se tenta escapar (Madalosso, 2000; Brasil, 2014).

Leape (1994) em seu artigo “Erros em Medicina”, destaca a questão do erro no cuidado de saúde e indica as contribuições de outras disciplinas, como o fator humano para melhor compreendê-los, incluindo seus fatores contribuintes. Infere ainda que, para reduzir a ocorrência de erro no cuidado de saúde, seria necessário mudar a forma de pensá-lo. Isto é, reconhecer a falibilidade humana e a importância do sistema para a prevenção do erro.

A segurança do paciente resulta do esforço e comprometimento diário de equipes multiprofissionais, instituições e serviços de atenção à saúde, públicos e privados; de processos e sistemas organizados, avaliados e aprimorados continuamente quanto à prevenção e redução de danos; do reforço contínuo para as boas práticas assistenciais recomendadas por agências nacionais e internacionais; da formação de profissionais da saúde e de uma política nacional de segurança no cuidado à saúde (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente [Rebraensp], 2013, p. 113).

Na atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado. A rede de atenção à saúde é um conjunto de ações e serviços, com foco na integralidade e qualidade da assistência em saúde, e na qual a segurança deve ser valorizada como um direito do paciente e um compromisso ético do profissional (Rebraensp, 2013).

No início deste século, o Instituto de Medicina (IOM), dos Estados Unidos da América (EUA), passou a incorporar a segurança do paciente como um dos seis atributos da qualidade e definiu qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a possibilidade de produzir os resultados desejados (Brasil, 2014).

De acordo com Brasil (2013, 2014) e World Health Organization [WHO] (2009), a segurança do paciente “é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável”. A complexidade de procedimentos e de tratamentos podem potencializar o dano. O cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas adequados nas instituições e nos serviços, assim como de políticas governamentais regulatórias, que exigem um esforço coordenado e permanente. A preocupação com a segurança já se mostra no modelo brasileiro de atenção à saúde (Rebraensp, 2013).

O tema Segurança do Paciente ainda possui literatura escassa, e relatórios e taxas de ocorrência de eventos adversos podem estar subestimados, principalmente, entre os países menos desenvolvidos. Existem muitas falhas nos conhecimentos a esse respeito, talvez, pela falta de recursos de infraestrutura e de informatização. Essas limitações diminuem a capacidade em sistematizar as informações, coletar dados e desenvolver projetos de pesquisas nesse campo, não retratando a verdadeira extensão e os danos causados aos pacientes nos sistemas de saúde (Brasil, 2017a).

O presente estudo aborda a qualidade e a segurança na assistência ao paciente em uma unidade hospitalar, na perspectiva de se obter informações acerca do conhecimento sobre cultura de segurança do paciente. Com esse enfoque, foram implementadas medidas para a sua melhoria em uma unidade de saúde de São Luís. Essa pesquisa propõe-se a identificar o perfil profissional atuante, direta ou indiretamente, na assistência ao paciente; identificar áreas cuja cultura necessita melhorias; avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança, com possibilidade de citar aspectos favoráveis à adesão de protocolos para prevenção e controle de eventos adversos relacionados às práticas, visando ao estímulo da prática assistencial segura.

O primeiro capítulo deste relatório consiste na apresentação e no enquadramento teórico. O segundo capítulo explica a metodologia do projeto, no qual se inclui o diagnóstico da situação, os objetivos, os instrumentos e procedimentos utilizados, os aspectos éticos, o planeamento, a implementação e a avaliação do projeto. No terceiro capítulo, apresentam-se os resultados e no quarto capítulo a respectiva discussão. Finalmente, no quinto capítulo, são apresentadas as conclusões, as limitações deste projeto e sugestões para futuros projetos.



## 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No quarto século antes de Cristo, quando Hipócrates cunhou o postulado “*Primum non nocere*”, que significa – primeiro não cause o dano, o pai da medicina tinha já a noção de que o cuidado poderia causar algum tipo de dano. É possível notar que ele admitiu que os atos assistenciais são passíveis de equívoco e a segurança do paciente já era vista como prioridade. Ao longo da história, outros personagens contribuíram para a melhoria da qualidade em saúde (Brasil, 2013a, 2014).

Florence Nightingale, que possuía uma mente avançada para sua época, constatou que existiam falhas nas condutas profissionais, as quais eram um sério problema e um alerta para a realidade. Em seu livro *Notes on Hospitals* (1863) diz: “*Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes*”<sup>1</sup> (prefácio, tradução livre). Ela classificava como primordial a segurança dos doentes devido às consequências observadas (Bueno & Fassarella, 2012).

Segundo James Reason, psicólogo britânico, citado por Brasil (2017b), os erros humanos podem ser analisados sob dois aspectos: a abordagem do sujeito e a abordagem do sistema. O primeiro foca os atos inseguros que surgem de processos mentais fora do padrão, tais como: esquecimento, desatenção, descuidado, motivação pobre, negligência e imprudência, e assim as medidas preventivas estão dirigidas no sentido de se restringir a variabilidade indesejável do comportamento humano. Essa teoria trata o erro como um papel moral, associando a ocorrência de coisas ruins com pessoas ruins (Brasil, 2017b; Correa & Cardoso, 2007; Fernandes, Tourinho, Souza, & Menezes, 2014).

Na segunda abordagem, considera-se que os humanos falham e os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Os erros são considerados mais como consequências do que como causas, tendo suas origens nem tanto na natureza perversa do ser humano, mas em fatores sistêmicos que estão acima destes. Eles ocorrem devido a um sistema mal elaborado. Neste sistema, as falhas ativas e falhas latentes levam à ocorrência dos incidentes, sendo que as ativas são aquelas que ocorrem no nível do operador da linha de

---

<sup>1</sup> It may seem a strange principle to enunciate as the very first requirement in a Hospital that it should do the sick no harm.

frente do trabalho enquanto que as falhas latentes ficam adormecidas dentro deste sistema e são relacionadas a influências organizacionais, supervisão insegura e precondições para atos inseguros. As medidas de segurança baseiam-se no fato de que não se pode mudar a natureza humana, mas sim as condições sob as quais os seres humanos trabalham. Quando um evento adverso ocorre, o importante não é quem cometeu o erro, mas sim como e porque as defesas falharam (Brasil, 2017b; Correa & Cardoso, 2007; Fernandes, et al, 2014).

O modelo do “Queijo Suíço”, proposto por Reason em sua publicação *Human Error* (1990), está baseado nesta segunda corrente. Ou seja, defesas, barreiras e salvaguardas ocupam uma posição chave, que, mesmo funcionando bem, sempre podem apresentar fraquezas. Em um contexto hipotético, cada camada de defesa, deveria estar íntegra. Entretanto, via de regra, elas são mais como as fatias de um queijo suíço possuindo muitos furos, e o resultado disso é uma sequência alinhada de erros latentes no processo. Ele define erro como uma incapacidade de desempenhar uma ação planejada para ser concluída ou entendida - erro de execução- ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo - erro de planejamento (Milagres, 2015; Correa & Cardoso, 2007; Fernandes, et al, 2014).

O trabalho de Reason tornou-se notório somente em 1999, a partir da divulgação do relatório do IOM, *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, e teve grande influência no desencadear de um movimento mundial de segurança do paciente. Esse relatório chamou atenção e veio a público ao revelar a alta taxa de mortalidade nos hospitais dos EUA decorrentes de erros na assistência à saúde. Nessas pesquisas, o termo evento adverso (EA) foi conceituado como dano causado pelo cuidado à saúde que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta. O relatório do IOM apontou ainda que a ocorrência de EA representava também um grave prejuízo financeiro. Se fosse realizada uma estimativa ao redor do mundo, certamente, esses dados e custos iriam crescer exponencialmente. É de fato um problema de saúde pública com discussão inadiável, pois possui uma elevada magnitude e transcendência, mostrando que o paradigma de que seres humanos são infalíveis precisa ser revisto com urgência (Brasil, 2014; Bueno & Fassarella, 2012).

Acredita-se que, nos hospitais europeus, um em cada dez pacientes sofra danos evitáveis durante a assistência. Enquanto isso, nos EUA, essa estimativa é de um em cada três pacientes internados. O termo, muito utilizado na literatura inglesa para se referir aos EA, erros e incidentes preveníveis foi erroneamente traduzido para o português como “erro médico”. O EA em serviços de saúde pode ser identificado como “uma lesão ou dano não intencional causado ao paciente pela intervenção assistencial, e não pela doença de base” ou “incidente que resulta em dano ao paciente” e incidentes são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente (Brasil, 2013a, 2014).

Quanto à linguagem adotada, várias abordagens têm sido utilizadas nos estudos desenvolvidos, o que justificou uma Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety – ICPS) pela Organização Mundial de Saúde- OMS, com 48 conceitos. Alguns dos principais conceitos são erro, incidente, near miss, incidente sem dano, incidente com dano - evento adverso (Brasil, 2017a).

Há uma estrita relação entre as expressões segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. A segurança é uma das dimensões da qualidade dos serviços de saúde, sendo que qualidade e segurança são atributos indissociáveis. A segurança se tornou o destaque súbito do século XXI, mesmo sendo a última dimensão a ser incluída no conceito de qualidade. Assim, os sistemas de saúde que se baseiam no conceito da OMS de reduzir o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, estão irremediavelmente aumentando a qualidade dos seus serviços. Porém a recíproca não é verdadeira, pois é possível estabelecer atividades de melhoria da qualidade sem repercussão alguma na segurança (Brasil, 2014, 2017a).

Essa preocupação com a qualidade dos processos, práticas e tecnologias utilizadas em serviços de saúde tem sido uma questão de alta prioridade na agenda da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa/MS), que nos últimos anos vem instituindo uma sequência gradativa e ordenada de ações voltadas para a segurança do paciente (Brasil, 2013a).

Devido a toda problemática e processos envolvidos para se alcançar um cuidado seguro, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançada pela OMS, uniu-se à Comissão

Conjunta Internacional (*Joint Commission International – JCI*) com o objetivo de incentivar a adoção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP). Foi uma estratégia para orientar as boas práticas para a redução de riscos e eventos adversos em serviços de saúde. As MISP relacionam-se com os chamados desafios globais para a segurança do paciente que orientam a identificação de ações que ajudem a evitar riscos para os pacientes e norteiam os países que tenham interesse em implantá-los (Brasil, 2017a).

A JCI lançou, em julho de 2017, a sexta edição da *Standards Lists Version* cujos objetivos internacionais para a segurança do paciente são: 1) Identificar os pacientes corretamente; 2) Melhorar a comunicação entre os prestadores de cuidado; 3) Melhorar a segurança dos medicamentos de alto risco; 4) Assegurar cirurgia segura; 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e 6) Reduzir o risco do paciente de danos resultantes de quedas (Joint Commission International [JCI], 2017).

Influenciado pelo panorama mundial, no qual esta temática já vinha e continua sendo amplamente discutida, o Brasil iniciou pesquisas nesta área no princípio da década de 2000. O início do processo de acreditação no Brasil foi no final dos anos 80. A acreditação possibilitou detectar e gerenciar os possíveis erros, falhas no sistema que ocorrem constantemente. Falhas que advêm tanto do cuidado direto ou indireto ao paciente, como da comunicação entre equipes, e que gera um cuidado inseguro. A preocupação com a segurança do paciente também tem aumentado de forma considerável por conta do crescente número de processos judiciais contra as instituições e os profissionais de saúde. Essa visibilidade pública do assunto em questão representa apenas uma pequena parcela dos eventos que de fato ocorrem, visto que a maior parte são subnotificados em função da ausência da cultura de segurança (Bueno & Fassarella, 2012).

Essa cultura de segurança supramencionada perpassa pelos quatro eixos contemplados na Portaria Nacional de Segurança do Paciente [PNSP] que são: 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. Além disso, possui diversas orientações, entre elas: priorizar a segurança, proporcionar condições para a sua manutenção efetiva, estimular a resolução dos problemas relacionados à segurança, promover o aprendizado

organizacional a partir da ocorrência de incidentes e, incentivar os trabalhadores a assumirem responsabilidade pela sua própria segurança e de todos os envolvidos (Brasil, 2014).

Os estudos brasileiros, que possuem como objeto de pesquisa a segurança dos processos assistenciais, concordam com a urgência de modificações de pensamentos e de atitudes por parte dos envolvidos, estendendo-se desde os profissionais de saúde até o Estado. Dessa forma, faz uma abordagem sistematizada dos eventos adversos para tornar o ambiente de trabalho seguro, sem falta de recursos humanos e estruturais, e com uma cultura fundamentada nos princípios da segurança (Bueno & Fassarella, 2012).

Como resposta aos fatos e às consequências decorrente de erros humanos e, olhando para as múltiplas facetas desta realidade, constatam-se ainda fatores que aumentam significativamente a possibilidade de falha: os constantes avanços tecnológicos científicos; o aperfeiçoamento pessoal necessário a este enfrentamento, não atingindo a mesma velocidade e compatibilidade dos avanços; uma política nacional de saúde corrompida e ultrapassada, conduzindo à deterioração de todo o sistema. Por sua vez, o paciente tem se mostrado cada vez mais exigente, crítico e sabedor de seus direitos, procurando amparo para as situações que não são compatíveis com as ações de saúde desejadas e esperadas (Madalosso, 2000).

Em meados de 2002, a notificação dessas falhas foi possível com a formação da Rede Sentinela, que se figurou como o resultado de uma estratégia de vigilância para a pós-comercialização de produtos de saúde. Esse projeto tinha como objetivo estabelecer parcerias para monitoramento do uso de produtos sujeitos à vigilância sanitária e utilizados no cuidado à saúde. Assim, ficou a cargo dessas instituições o compromisso de informar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) dos EA, desvios de qualidade e queixas técnicas relacionadas a esses produtos. O objetivo dessas instituições é o gerenciamento de risco frente às tecnologias em saúde, no sentido de prover o SNVS com informações essenciais sobre o desempenho das tecnologias, e desse modo contribuir para a qualidade do cuidado e a segurança do paciente (Brasil, 2017a).

Tanto em esferas privadas como no Sistema Único de Saúde (SUS), a ocorrência de eventos adversos tem um importante impacto por acarretar o aumento na morbidade, na

mortalidade, no tempo de tratamento dos pacientes e nos custos assistenciais, além de repercutir em outros campos da vida social e econômica do Brasil (Brasil, 2013a).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa/MS) vem estimulando atividades com foco na segurança do paciente e na qualidade em serviços de saúde do país, com o intuito de aumentar a adesão às boas práticas. Em 1º de abril de 2013, a Portaria nº 529, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

O lançamento do PNSP, instituído pelo Ministério da Saúde, tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Especificamente, o PNSP objetiva (Brasil, 2013b):

- I – Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- II – Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- III – Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- IV – Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e
- V – Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

É perceptível toda uma construção de iniciativas que contribuem para a qualificação dos processos de cuidado e de prestação desses serviços em estabelecimentos de saúde, promovendo maior segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde. Conhecer a forma como os profissionais de saúde percebem essa mudança de cultura e sua participação nesse âmbito é essencial para o avanço das políticas e sua aplicabilidade na questão de segurança do paciente.

## 2 METODOLOGIA DO PROJETO

Trata-se de uma pesquisa-intervenção que consiste em uma tendência das pesquisas participativas, centrada na questão do agir, e mudança na postura do pesquisador e dos pesquisados. Ambos são coautores do processo, tornando-se uma produção do grupo envolvido. Busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico (Aguiar, 2003; Rocha, 1996, 2001 como citado em Rocha & Aguiar, 2003; Rocha & Aguiar, 2003).

Essa abordagem é capaz de ampliar as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, por ser uma construção de uma “atitude de pesquisa” que modifica a ideia de interferência na relação sujeito/objeto pesquisado e substitui a fórmula “conhecer para transformar” por “transformar para conhecer”. Nela o conhecimento produzido deve estar disponível a todos e servir de instrumento para ampliar a qualidade de vida da população. A pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças socio-históricas e políticas. Para isso, intensifica fatos do cotidiano através da utilização de analisadores - o que faz rupturas, decompõe, provoca análises, desnaturalizando procedimentos, crenças, padrões estereotipados. É neste sentido que a intervenção se articula à pesquisa para produzir uma outra relação entre instituição da formação/aplicação de conhecimentos, teoria/prática, sujeito/objeto (Aguiar & Rocha, 1997 como citado em Rocha & Aguiar, 2003; Rocha & Aguiar, 2003).

Neste estudo, foram aplicados instrumentos de coleta de dados para avaliação sobre conhecimento da cultura de segurança do paciente a um grupo de trabalhadores, que após análise, permitiram a intervenção com implementação de medidas e posterior reavaliação para examinar se houve melhoria nos dados encontrados.

### 2.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO E OBJETIVOS

O estudo foi realizado na clínica cirúrgica do Hospital Municipal Djalma Marques-HMDM-Socorrão I, unidade de saúde organizada sob a forma autárquica, possuindo personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa, financeira e

patrimônio próprio, com sede e foro no Município de São Luís. Vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, tem por finalidade prestar assistência médico-hospitalar de urgência e emergência aos habitantes do Município de São Luís.

Os participantes foram os profissionais atuantes no setor da clínica cirúrgica do hospital, que aceitaram fazer parte desta pesquisa. Assim, disponibilizou-se aos trabalhadores do período diurno ou noturno, em maior quantitativo possível em números absolutos e em diversidade profissional. Desse modo, foram respondidos 31 questionários, sendo 10 por enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar administrativo, 01 profissional da reabilitação, 01 auxiliar operacional de serviços diversos e 01 não mencionou a categoria.

Houve uma variação do grupo participante, no decorrer das atividades, totalizando no máximo 15 e mínimo 10 pessoas, excetua-se a primeira e a última que correspondem à aplicação de questionário.

Após o diagnóstico inicial, verificou-se que 11 das 12 dimensões pesquisadas sobre a cultura de segurança foram consideradas fragilizadas, vide Tabelas 2, 3, 4 e 5. Esse dado direcionou o rumo das intervenções deste projeto.

### *2.1.1 Objetivos*

Pretende-se com este estudo de forma genérica:

- Identificar e aprimorar o conhecimento da equipe funcional de uma unidade de saúde de São Luís sobre cultura de segurança.

Em termos específicos:

- Identificar o perfil profissional atuante direta ou indiretamente na assistência ao paciente;
- Identificar áreas cuja cultura de segurança necessita de melhorias;
- Avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança do paciente;

- Citar aspectos favoráveis à adesão de protocolos para prevenção e controle de eventos adversos relacionados às práticas;
- Estimular a prática assistencial segura.

## 2.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As informações que embasaram este estudo foram coletadas a partir das respostas dadas pelos profissionais por meio do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) adaptado e validado para o português e contexto hospitalar brasileiro por Reis, Laguardia e Martins, 2012 (Anexo A). A fim de facilitar o entendimento e reduzir o número de páginas para que os respondentes não desanimassem, em função do tamanho do inquérito, considerou-se conveniente realizar uma modificação do seu formato original para o modelo de tabela (Anexo B), contudo o conteúdo permaneceu inalterado.

O HSOPSC, criado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), em 2004, possibilita avaliar a cultura de segurança em âmbito individual, por unidade/setor hospitalar e do hospital como um todo, além de ser um instrumento amplamente utilizado no mundo para mensurar cultura de segurança entre profissionais de hospitais, cujo trabalho influencia direta ou indiretamente a terapêutica do paciente, sejam eles profissionais de saúde ou de outras áreas, como a administrativa, de gestão, dentre outras (Reis, Laguardia, & Martins, 2012).

Esse questionário é avaliado por meio da concordância ou não de suas afirmações por uma escala do tipo *Likert*, amplamente usada em pesquisas de opinião. A cultura de segurança, por meio da aplicação do HSOPSC, é avaliada pelo percentual de respostas positivas obtido nos itens e em cada dimensão. Ele é constituído por itens que contemplam o número de eventos notificados, uma nota de segurança do paciente e perguntas demográficas para descrição da população estudada. Além disso, possui 42 questões que se subdividem em 12 dimensões, sendo 7 dimensões do nível da unidade/setor, 3 dimensões do nível organizacional e 2 dimensões de resultado (Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., et al., 2016; Reis et al., 2012) como disposto na Tabela 1.

*Tabela 1. Dimensões do HSOPSC e respectivas questões*

| Dimensões do nível da unidade/Setor                              | Questões             |
|--|----------------------|
| Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança | B1, B2, B3*, B4*     |
| Aprendizado organizacional – melhoria contínua                   | A6, A9, A13          |
| Trabalho em equipe dentro das unidades                           | A1, A3, A4, A11      |
| Abertura da comunicação  | C2, C4, C6*          |
| Retorno da informação e comunicação sobre erros                  | C1, C3, C5           |
| Respostas não punitivas aos erros                                | A8*, A12*, A16*      |
| Adequação de pessoal   | A2, A5*, A7*, A14*   |
| Dimensões do nível organizacional                                |                      |
| Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente          | F1, F8, F9*          |
| Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares                | F2*, F4, F6*, F10    |
| Mudanças de turno e transições entre unidades/serviços           | F3*, F5*, F7*, F11*  |
| Dimensões de resultado   |                      |
| Percepção geral da segurança                                     | A10*, A15, A17*, A18 |
| Frequência da notificação de eventos de segurança                | D1, D2, D3           |

\*Sentenças escritas negativamente

O questionário está disposto em sessões que vão da letra A até a letra H, com quantidades variáveis de questões cada, que compreende o seu modo de apresentação. Portanto, na Tabela 1, as questões são mencionadas conforme a sessão em que se encontram e seu número de ordem na mesma.

A avaliação é feita pelo percentual de respostas positivas e é alcançado nas dimensões da cultura através do seguinte cálculo: número de respostas positivas aos itens da dimensão/ número total de respostas válidas aos itens da dimensão (positivas, neutras e negativas, excluindo -se os dados ausentes) X 100.

Consideram-se respostas positivas as opções “concordo totalmente” / “concordo”, ou “sempre” / “quase sempre” nas sentenças escritas positivamente para segurança do paciente e “discordo totalmente” / “discordo”, ou “nunca” / “raramente” nas sentenças escritas negativamente para a segurança do paciente.

A interpretação das medidas obtidas revela que a dimensão da cultura é fortalecida quando o percentual de respostas positivas é superior ou igual a 75% e que a dimensão da cultura é fragilizada quando o percentual de respostas positivas é inferior ou igual a 50%.

A coleta de dados dos participantes teve como fonte as informações prestadas em questionários impressos, que foram entregues pela pesquisadora diretamente aos profissionais em fases distintas. Todos os questionários foram fornecidos a eles nos seus respectivos horários de trabalho e a maior parte foi preenchida naquele mesmo ambiente,

poucos solicitaram para fazê-lo em domicílio. A recolha dos questionários respondidos externamente foi realizada em plantões subsequentes. A cada questionário recebido, era checado o nome do profissional em ficha de controle da pesquisadora que continha a relação de todos os profissionais do setor. Após a devolução dos questionários respondidos, estruturou-se o grupo a ser investigado. No decorrer de cada atividade realizada foi passada uma lista de frequência para controle do número de participantes.

### 2.3 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP- HUUFMA) sob o número 2.392.730, em 22 de Novembro de 2017 (Anexo C), obedecendo aos aspectos éticos da pesquisa científica e respeitando a resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Foi reafirmado aos participantes que os dados obtidos através desta pesquisa seriam confidenciais, não seriam divulgados em âmbito individual, e seriam utilizados única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o seu anonimato (Anexo D).

A equipe executora responsabilizou-se pela condução do presente estudo (Anexo E) bem como comprometeu-se no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados (Anexo F).

### 2.4 ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO

Com o intuito de aprimorar o nível de conhecimento dos profissionais, foram implementadas atividades de cunho educativo e participativo. Essas atividades incluíram a divulgação de material educativo, estudo de caso de situação de risco ou mesmo de evento adverso ocorrido na instituição, sensibilização através de casos reais de dano ao paciente, entre outras oportunidades.

Ressalta-se que a instituição conta com um Núcleo de Segurança do Paciente implantado para essa finalidade, contudo ainda pouco ativo, e este estudo é um piloto que visa fomentar a prática da cultura de segurança.

#### *2.4.1 Descrição das atividades direcionadas*

Foram planejadas 6 atividades para serem executadas por grupos médios de 8 a 10 pessoas/dia, no horário de trabalho, por três a quatro dias consecutivos, de modo a contemplar equipes de plantões diferentes. Considerando que: cada atividade foi planejada para uma duração média de 20 minutos, no próprio ambiente de trabalho; o setor dispõe de uma média de 60 profissionais que trabalham em escalas diferenciadas, com horários flexíveis em algumas categorias; o plantão diurno padrão vigora no intervalo das 07h às 19h e o noturno das 19h às 07h; alguns profissionais não permanecem no setor durante todo o tempo destinado a estarem no plantão; alguns membros podem estar presentes em mais de uma equipe de trabalho, em diferentes dias, o planejamento precisou ser executado de acordo com a realidade encontrada.

Assim, a primeira etapa da pesquisa, que ocorreu no período de dezembro/2017 e janeiro/2018 foi aplicado um questionário sobre Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, que foi oferecido à equipe da clínica cirúrgica do hospital. Nesse momento, os colaboradores foram esclarecidos sobre a pesquisa, metodologia, objetivos e sigilo das informações de forma individual, sendo entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [TCLE] (Anexo G), na qual a pesquisadora se comprometeu quanto à segurança das informações prestadas.

A participação se deu de modo voluntário e a composição da amostra estruturou-se basicamente pela equipe de enfermagem, seja tanto por enfermeiros quanto por técnicos de enfermagem. Em função da pouca presença dos demais profissionais da equipe multiprofissional no setor, local prioritário para o cumprimento das tarefas, ou por algum receio desses outros membros em participar ou desinteresse/indisponibilidade em responder as questões, restringiu-se a variedade de categorias. Nessa etapa, participaram tanto profissionais dos plantões diurnos quanto dos plantões noturnos, sendo estes em proporção reduzida por referirem dificuldade de horário disponível, durante as atividades

laborais, no período das 19h às 23h, embora tenha sido explicitado que a duração média seria de 20 minutos/atividade.

Após o diagnóstico da situação, sucedeu-se a 2ª etapa através de uma apresentação em slides de PowerPoint com assuntos introdutórios à segurança do paciente: aspectos gerais, conceitos, bases e objetivos desse assunto. Foi registrada a presença de 10 pessoas do total de participantes da 1ª etapa, embora tenha sido autorizada a participação de outros colaboradores que por algum motivo, já citado ou não, não tenham respondido ao questionário. A receptividade desses outros considerou a oportunidade de ampliar a discussão e ainda estimular a cultura de segurança do paciente, e mais a capacitação em serviço. Essa etapa ocorreu no mês de fevereiro de 2018, em três plantões distintos, e sempre nos plantões diurnos, pois não foi possível reunir os colaboradores de plantões noturnos em equipes para promover as discussões. A partir de então, a pesquisa se restringiu à equipe diurna.

A 3ª atividade ocorreu no final do mês fevereiro e parte de março de 2018 com a participação de 15 pessoas ao todo. Versou sobre a apresentação do filme “Aprendendo com erros”, da World Alliance for Patient Safety, mostrando que sistemas inseguros podem levar a um cuidado inseguro. O filme mostra uma série de erros que culminam com a administração errada do medicamento Vincristina, causando um evento<sup>2</sup> com resultado catastrófico à paciente em questão. Esse filme, que trata de uma situação de evento adverso em hospital e aborda as diversas falhas que ocorrem até que um erro possa atingir o paciente, tem duração aproximada de 20 minutos, seguida de mais 20 minutos de comentários, totalizando 40 minutos de vídeo. Para a promoção dessa atividade, foi utilizado somente o filme contido no vídeo.

A 4ª atividade sucedeu à 3ª, no mesmo dia e em horário seguido, por interesse dos próprios participantes. A discussão foi dirigida pela Análise de Causa Raiz (ACR) através do uso do diagrama de espinha de peixe ou Ishikawa, consoante sugestão de WHO (2013) contida no modelo utilizado no manual Oficina de Segurança do Paciente: Aprendendo

---

<sup>2</sup> É definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente. (Anexo A)

com os erros. A ACR é uma metodologia retrospectiva que identifica as causas dos incidentes ou acidentes, adotada por indústrias de alto risco como a aviação e energia nuclear quando um acidente grave ocorre, e que embasou as instituições de saúde na identificação de riscos ou pontos fracos em processos falhos. Tem a finalidade de propor estratégias para que as falhas em sistemas mal elaborados não ocorram novamente (Brasil, 2017b). O diagrama de causa-efeito ou o Diagrama de Ishikawa (ou espinha-de-peixe) é uma ferramenta utilizada para aplicação da análise de causa raiz em que se representa as diversas causas dos incidentes por categorias e possibilita a identificação das causas raízes (Brasil, 2017b).

A 5ª atividade foi programada para que fosse realizada uma dinâmica de grupo sobre Empatia, na qual o colaborador deveria colocar-se no lugar do outro. Seguida da apresentação da propaganda do Cleveland Clinic, Empathy. Após sucessivas tentativas, nos meses de março e abril de 2018, em dias diferentes e devido à dificuldade dos profissionais ausentarem-se do setor, mesmo que em subgrupos e com várias tentativas, e à necessidade de privacidade durante a atividade, foi necessária a mudança para outra que pudesse novamente ocorrer dentro do setor. Desse modo, a atividade que foi ministrada ocorreu no mês de abril de 2018 e tratou da exposição e discussão dos pontos principais do protocolo de identificação do paciente, como finalidade, abrangência, método e algumas especificações do material a ser utilizado. Participaram 15 pessoas. Segundo o Consórcio Brasileiro de Acreditação e Joint Commission International (2011) como citado em Brasil (2013c) “a identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar”.

Foram selecionadas 10 pessoas para a última atividade. Essa seleção fundamentou-se na totalidade de pessoas que tivessem participado de minimamente 3 das 5 atividades prévias do processo. Assim, a 6ª atividade tratou da reaplicação do questionário HSOPSC e ocorreu em maio de 2018, quando somente 8 das 10 pessoas selecionadas disponibilizaram-se a responder. As demais não contribuíram por desinteresse em participar e/ou por afastamento das atividades do setor, mesmo tendo sido esclarecido que estavam aptas. Portanto, finalizou-se com um percentual de 26% de membros em relação

à amostra inicial e com 53% se considerada a maior soma de pessoas a partir da 2ª atividade, que foi de 15 membros.

Entre o achado na primeira amostra e o da segunda amostra temos os dados que serão descritos em capítulo posterior.

## 2.5 TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A tabulação dos dados foi realizada por uso do Epi info, que é um software de criado pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention, em português, Centro para o Controle e Prevenção de Doenças) voltado à área da saúde. Ele atende uma necessidade de gerenciamento e de análise de bancos de informações.

Após essa etapa, sucedeu-se a análise dos dados através do software Excel, que possibilitou a estruturação das respostas ao questionário em formato condensado (positivas, neutras e negativas).



### 3 RESULTADOS

Os 31 questionários iniciais descreveram uma população predominantemente feminina, compondo 87% do conjunto e a faixa etária predominante foi de 35 a 39 anos, constituindo 42% da totalidade. Esses dados estão evidenciados nas Figuras 1 e 2.

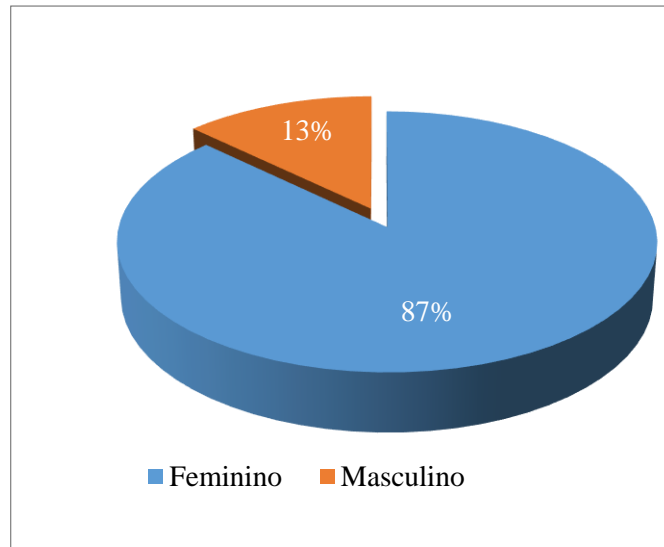


Figura 1. Distribuição da amostra por sexo

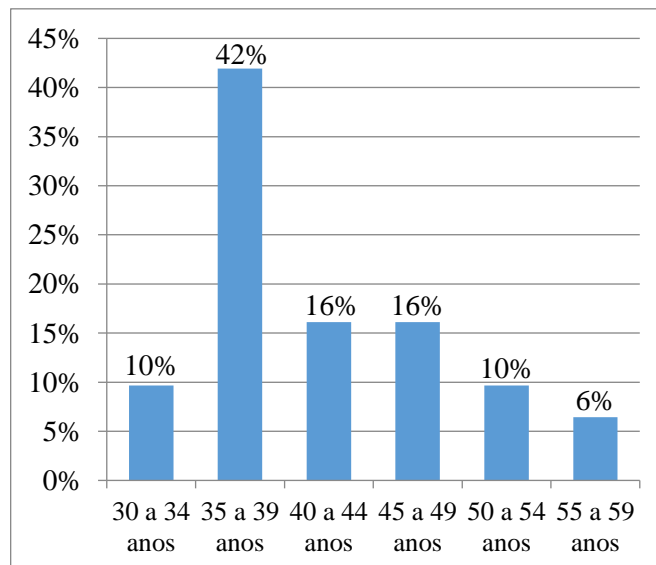


Figura 2. Distribuição da amostra por faixa etária

A categoria profissional mais frequente foi a de enfermagem, dividida entre técnicos com 55% e enfermeiros com 32%, formando 87% da amostra, vide Figura 3.

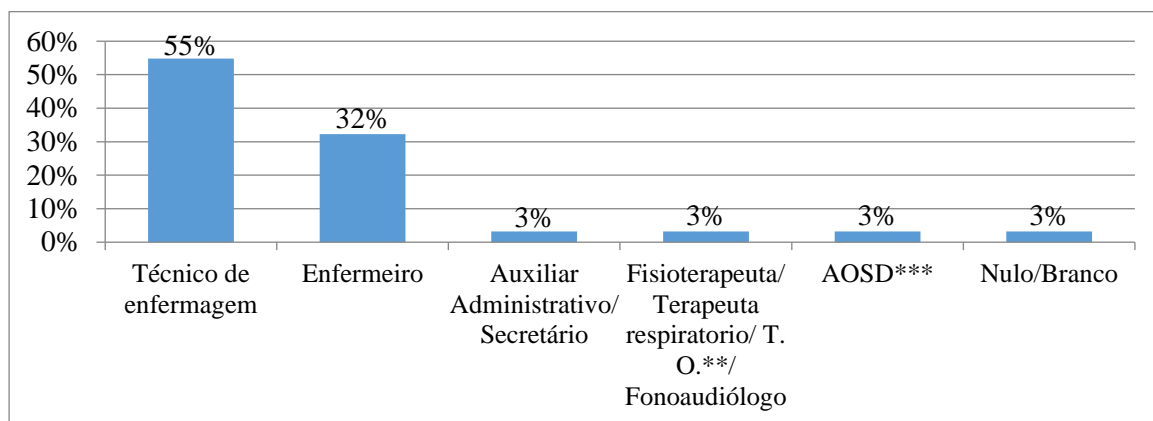


Figura 3. Distribuição da amostra por categoria profissional

\*\*Terapeuta Ocupacional

\*\*\*Auxiliar Operacional de Serviços Diversos

É necessário atentar que apesar de mais da metade da amostra ser de técnicos de enfermagem, em 64% dos casos, a escolaridade mínima encontrada era de nível superior completo, conforme mostrado na Figura 4:

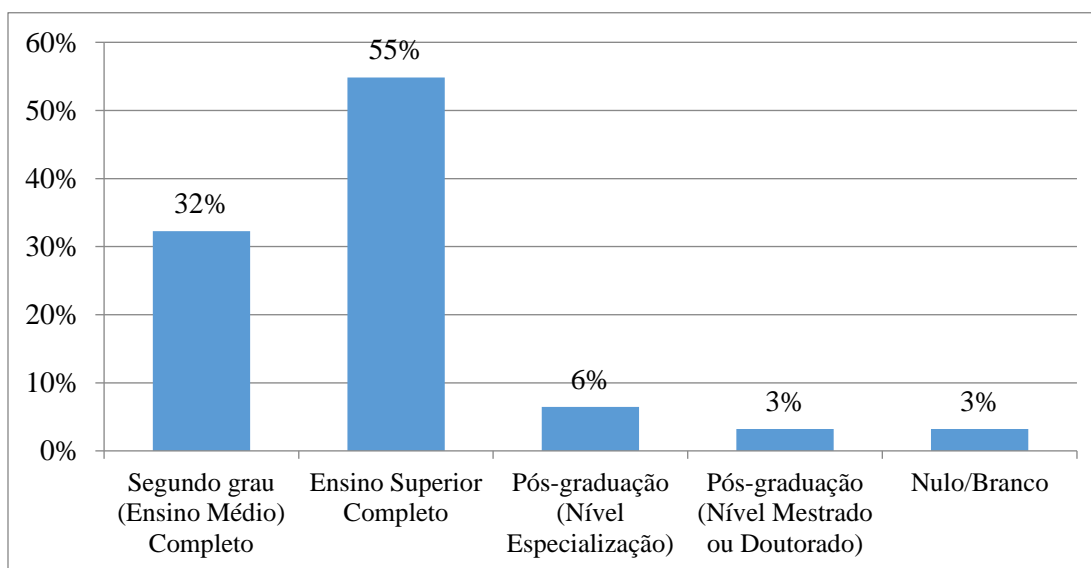


Figura 4. Distribuição da amostra por nível de escolaridade

Esse resultado foi reforçado na reaplicação do questionário que foi respondido 100% por técnicos de enfermagem. Tendo o grau de instrução máximo de ensino médio completo em 50% da amostra e ensino superior completo no restante.

A Figura 5 escalona o tempo de serviço na especialidade atual, o tempo de serviço no hospital e o tempo de serviço na atual unidade do hospital, cujos predomínios foram respectivamente de 11 a 15 anos, de 6 a 10 anos e de 1 a 5 anos.

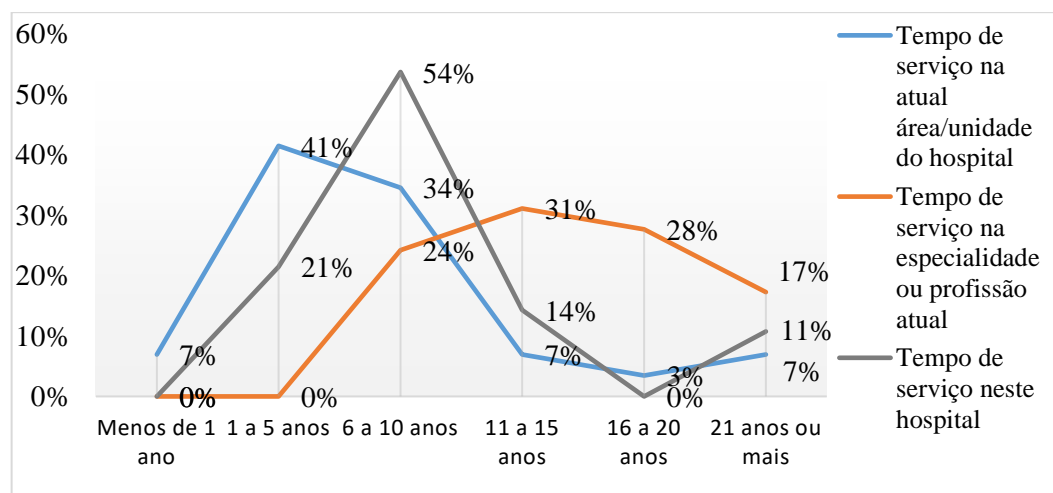


Figura 5. Distribuição da amostra por experiência profissional e no serviço

Quase 100% da amostra trabalha mais que 20 horas por semana, demonstrando conhecimento das rotinas do hospital. E 100% tem interação ou contato direto com os pacientes.

Os resultados obtidos através do HSOPSC permitem apresentar a cultura de segurança da amostra. Esses dados foram coletados numa primeira fase, no diagnóstico inicial e após as ações de intervenção. Assim, as respostas dos inquiridos a cada um dos itens vão ser apresentadas de acordo com as dimensões consideradas e pelos 3 níveis: de unidade/sector; organizacional e de resultado. Em cada uma das tabelas serão apresentados os resultados antes e após a intervenção.

Na Tabela 2 são descritos os resultados das sete dimensões que se encaixam no nível da unidade/setor. Dentro das dimensões “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”, “Trabalho em equipe dentro das unidades”, “Adequação de pessoal” e “Expectativas do

supervisor/chefe e ações promotoras da segurança”, todos os quesitos alcançaram melhora, merecendo destaque aquele que menciona “o meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente” na terceira dimensão supracitada.

Em “Retorno da informação e comunicação sobre erros” e “Respostas não punitivas aos erros” parte das questões obtiveram melhora, entretanto as diferenças são discretas entre as fases. E em “Abertura da comunicação” nenhuma das questões identificou diferença positiva entre as fases e inversamente todas pioraram.

A seguir observa-se os referidos dados.

*Tabela 2. Cultura de segurança da amostra ao nível da unidade/setor*

| <b>NÍVEL DA UNIDADE/SETOR</b>   |                  |              |                |              |                  |              |
|---|------------------|--------------|----------------|--------------|------------------|--------------|
| <b>1.Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança</b>   | <b>Negativas</b> |              | <b>Neutras</b> |              | <b>Positivas</b> |              |
|   | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> | <b>Inicial</b> | <b>Final</b> | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> |
| O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente | 48%              | 33%          | 26%            | 0%           | 26%              | 67%          |
| O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente       | 35%              | 17%          | 32%            | 17%          | 32%              | 67%          |
| Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”         | 10%              | 17%          | 37%            | 17%          | 53%              | 67%          |
| O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente                 | 34%              | 0%           | 21%            | 0%           | 45%              | 100%         |
| <b>2.Aprendizado organizacional – melhoria contínua</b>   | <b>Negativas</b> |              | <b>Neutras</b> |              | <b>Positivas</b> |              |
|   | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> | <b>Inicial</b> | <b>Final</b> | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> |
| Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente   | 46%              | 13%          | 11%            | 13%          | 43%              | 75%          |
| Erros tem levado a mudanças positivas por aqui  | 32%              | 29%          | 39%            | 14%          | 29%              | 57%          |
| Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade   | 36%              | 25%          | 25%            | 25%          | 39%              | 50%          |
| <b>3.Trabalho em equipe dentro das unidades</b>   | <b>Negativas</b> |              | <b>Neutras</b> |              | <b>Positivas</b> |              |
|   | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> | <b>Inicial</b> | <b>Final</b> | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> |
| Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras   | 13%              | 29%          | 32%            | 14%          | 55%              | 57%          |
| Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente                          | 23%              | 13%          | 19%            | 0%           | 58%              | 88%          |
| Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito  | 10%              | 17%          | 28%            | 0%           | 62%              | 83%          |
| Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam                                     | 55%              | 50%          | 14%            | 13%          | 31%              | 38%          |
| <b>4.Abertura da comunicação</b>  | <b>Negativas</b> |              | <b>Neutras</b> |              | <b>Positivas</b> |              |
|   | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> | <b>Inicial</b> | <b>Final</b> | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> |
| Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente                           | 10%              | 20%          | 20%            | 20%          | 70%              | 60%          |
| Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores                                       | 58%              | 67%          | 19%            | 17%          | 23%              | 17%          |
| Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo  | 23%              | 33%          | 42%            | 50%          | 42%              | 17%          |

| <b>5.Retorno da informação e comunicação sobre erros</b>   | <b>Negativas</b> |              | <b>Neutras</b> |              | <b>Positivas</b> |              |
|--|------------------|--------------|----------------|--------------|------------------|--------------|
|  | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> | <b>Inicial</b> | <b>Final</b> | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> |
| Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos                   | 47%              | 67%          | 43%            | 17%          | 10%              | 17%          |
| Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade  | 67%              | 50%          | 17%            | 33%          | 17%              | 17%          |
| Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente                    | 50%              | 33%          | 23%            | 50%          | 27%              | 17%          |
| <b>6.Respostas não punitivas aos erros</b>   | <b>Negativas</b> |              | <b>Neutras</b> |              | <b>Positivas</b> |              |
|  | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> | <b>Inicial</b> | <b>Final</b> | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> |
| Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles                                    | 57%              | 57%          | 25%            | 14%          | 18%              | 29%          |
| Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema               | 63%              | 63%          | 23%            | 13%          | 13%              | 25%          |
| Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais                   | 67%              | 100%         | 13%            | 0%           | 20%              | 0%           |
| <b>7.Adequação de pessoal</b>  | <b>Negativas</b> |              | <b>Neutras</b> |              | <b>Positivas</b> |              |
|  | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> | <b>Inicial</b> | <b>Final</b> | <b>Inicial</b>   | <b>Final</b> |
| Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho   | 94%              | 75%          | 3%             | 13%          | 3%               | 13%          |
| Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente       | 46%              | 50%          | 21%            | 13%          | 32%              | 38%          |
| Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente | 40%              | 43%          | 23%            | 14%          | 37%              | 43%          |
| Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido                                | 72%              | 71%          | 10%            | 0%           | 17%              | 29%          |

Os resultados para as dimensões no nível organizacional, em número de três, estão expressos na Tabela 3. Através da mesma pode-se verificar que na dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” duas das questões obtiveram piora discreta e a outra questão, uma melhora pouco acentuada. Em “Mudanças de turno e transições entre unidades/serviços” apurou-se que metade das questões melhoraram em seus percentuais e a outra metade piorou. E na dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” houve uma mudança positiva em somente duas das quatro questões, sendo nítida no quesito “Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto”. Esses valores são mostrados em seguida.

Tabela 3. Cultura de segurança da amostra ao nível organizacional

| NÍVEL ORGANIZACIONAL   |           |       |         |       |           |       |
|--|-----------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| 8.Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente  | Negativas |       | Neutras |       | Positivas |       |
|  | Inicial   | Final | Inicial | Final | Inicial   | Final |
| A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente                    | 67%       | 50%   | 13%     | 33%   | 20%       | 17%   |
| As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal          | 61%       | 67%   | 14%     | 0%    | 25%       | 33%   |
| A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso    | 63%       | 83%   | 15%     | 0%    | 22%       | 17%   |
| 9.Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares  | Negativas |       | Neutras |       | Positivas |       |
|  | Inicial   | Final | Inicial | Final | Inicial   | Final |
| As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si   | 55%       | 67%   | 24%     | 17%   | 21%       | 17%   |
| Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto                     | 59%       | 17%   | 17%     | 17%   | 24%       | 67%   |
| Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital                     | 32%       | 0%    | 18%     | 33%   | 50%       | 67%   |
| As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes              | 47%       | 33%   | 20%     | 33%   | 33%       | 33%   |
| 10.Mudanças de turno e transições entre unidades/serviços  | Negativas |       | Neutras |       | Positivas |       |
|  | Inicial   | Final | Inicial | Final | Inicial   | Final |
| O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra            | 36%       | 50%   | 29%     | 0%    | 36%       | 50%   |
| É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente nas mudanças de plantão ou de turno | 50%       | 67%   | 23%     | 17%   | 27%       | 17%   |
| Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital                     | 50%       | 67%   | 18%     | 17%   | 32%       | 17%   |
| Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes                     | 23%       | 33%   | 23%     | 0%    | 53%       | 67%   |

Na Tabela 4 que descreve as duas dimensões englobadas no nível de resultado, verifica-se que uma revela melhora em três de suas quatro questões e a outra piora em todas.

Tabela 4. Cultura de segurança da amostra ao nível de resultado

| NÍVEL DE RESULTADO  |           |       |         |       |           |       |
|---|-----------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| 11.Percepção geral da segurança   | Negativas |       | Neutras |       | Positivas |       |
|   | Inicial   | Final | Inicial | Final | Inicial   | Final |
| É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui  | 33%       | 38%   | 27%     | 0%    | 40%       | 63%   |
| A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída | 71%       | 63%   | 10%     | 0%    | 19%       | 38%   |
| Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente  | 80%       | 100%  | 13%     | 0%    | 7%        | 0%    |
| Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros                    | 70%       | 63%   | 17%     | 0%    | 13%       | 38%   |

| 12.Frequência da notificação de eventos de segurança  | Negativas |       | Neutras |       | Positivas |       |
|---|-----------|-------|---------|-------|-----------|-------|
|   | Inicial   | Final | Inicial | Final | Inicial   | Final |
| Quando ocorre um erro, mas ele é <b>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</b> , com que frequência ele é notificado? | 57%       | 60%   | 33%     | 40%   | 10%       | 0%    |
| Quando ocorre um erro, mas <b>não há risco de dano ao paciente</b> com que frequência ele é notificado?                         | 55%       | 80%   | 34%     | 20%   | 10%       | 0%    |
| Quando ocorre um erro, que <b>poderia causar danos ao paciente</b> , mas não causa, com que frequência ele é notificado?        | 55%       | 83%   | 24%     | 17%   | 21%       | 0%    |

Para chegar aos resultados que classificam as dimensões como fortalecidas ou fragilizadas, fez-se o somatório dos resultados percentuais de respostas positivas de cada questão, da dimensão em análise, e dividiu-se pela quantidade de questões da dimensão. Esse cálculo foi realizado tanto na fase inicial da coleta de dados quanto na fase final. Assim chegou-se à média de cada dimensão. Posteriormente comparou-se o resultado da média final com a inicial para conhecer os desvios entre as fases e proceder com a avaliação das intervenções.

Na Tabela 5 a dimensão “Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” obteve um grande desvio de melhora entre as fases, sendo considerada fortalecida após as intervenções. As dimensões “Aprendizado organizacional - melhoria contínua” e “Trabalho em equipe dentro das unidades” também alcançaram mudanças positivas, não estando nem na condição de fragilizadas nem na condição de fortalecidas.

As dimensões “Adequação de pessoal”, “Percepção geral da segurança” e “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” embora tenham melhorado em seus resultados, ainda permaneceram fragilizadas.

As demais dimensões não obtiveram melhores resultados ou pouco avançaram, permanecendo na classificação de fragilidade em relação a cultura de segurança, conforme mostrado na tabela elencada a seguir:

*Tabela 5. Médias finais das dimensões*

| <b>Dimensões do nível da unidade/ setor</b>                                     | <b>Respostas positivas</b>         | <b>Média</b> | <b>Desvio</b> |
|---|------------------------------------|--------------|---------------|
| 1.Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança (4 questões) | <b>Inicial:</b> 26%, 32%, 53%, 45% | 39%          | +36%          |
|   | <b>Final:</b> 67%, 67%, 67%, 100%  | 75%          |               |
| 2.Aprendizado organizacional – melhoria contínua (3 questões)                   | <b>Inicial:</b> 43%, 29%, 39%      | 37%          | +24%          |
|   | <b>Final:</b> 75%, 57%, 50%        | 61%          |               |
| 3.Trabalho em equipe dentro das unidades (4 questões)                           | <b>Inicial:</b> 55%, 58%, 62%, 31% | 51,5%        | +15%          |
|   | <b>Final:</b> 57%, 88%, 83%, 38%   | 66,5%        |               |
| 4.Abertura da comunicação (3 questões)  | <b>Inicial:</b> 70%, 23%, 42%      | 45%          | -14%          |
|   | <b>Final:</b> 60%, 17%, 17 %       | 31%          |               |
| 5.Retorno da informação e comunicação sobre erros (3 questões)                  | <b>Inicial:</b> 10%, 17%, 27%      | 18%          | -1%           |
|   | <b>Final:</b> 17%, 17%, 17%        | 17%          |               |
| 6.Respostas não punitivas aos erros (3 questões)                                | <b>Inicial:</b> 18%, 13%, 20%      | 17%          | +1%           |
|   | <b>Final:</b> 29%, 25%, 0%         | 18%          |               |
| 7.Adequação de pessoal (4 questões)   | <b>Inicial:</b> 3%, 32%, 37%, 17%  | 22%          | +9%           |
|   | <b>Final:</b> 13%, 38%, 43%, 29%   | 31%          |               |
| <b>Dimensões do nível organizacional</b>  | <b>Respostas positivas</b>         | <b>Média</b> | <b>Desvio</b> |
| 8.Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (3 questões)          | <b>Inicial:</b> 20%, 25%, 22%      | 22%          | 0%            |
|   | <b>Final:</b> 17%, 33%, 17%        | 22%          |               |
| 9.Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (4 questões)                | <b>Inicial:</b> 21%, 24%, 50%, 33% | 32%          | +14%          |
|   | <b>Final:</b> 17%, 67%, 67%, 33%   | 46%          |               |
| 10.Mudanças de turno e transições entre unidades/serviços (4 questões)          | <b>Inicial:</b> 36%, 27%, 32%, 53% | 37%          | +1%           |
|   | <b>Final:</b> 50%, 17%, 17%, 67%   | 38%          |               |
| <b>Dimensões de resultado</b>   | <b>Respostas positivas</b>         | <b>Média</b> | <b>Desvio</b> |
| 11.Percepção geral da segurança (4 questões)                                    | <b>Inicial:</b> 40%, 19%, 7%, 13%  | 20%          | +15%          |
|   | <b>Final:</b> 63%, 38%, 0%, 38%    | 35%          |               |
| 12.Frequência da notificação de eventos de segurança (3 questões)               | <b>Inicial:</b> 10%, 10%, 21%      | 14%          | -14%          |
|   | <b>Final:</b> 0%, 0%, 0%           | 0%           |               |

A partir desses achados desenvolveu-se a discussão que se segue.

#### 4 DISCUSSÃO

Para prosseguir com a discussão dos resultados, é imperativo frisar a redução da amostra inicial devido à dificuldade em contactar com as equipas de plantões noturnos de modo coletivo, a fim de desenvolver as atividades propostas após o diagnóstico inicial. Considerando que os questionários respondidos não eram identificados, não foi possível separá-los por turnos. Além disso a possibilidade de refazer a amostra tornou-se inviável visto que, os respondentes em sua maioria queixaram-se do volume de questões do questionário e do tempo dispendido para o seu preenchimento. Desse modo, há sempre a possibilidade do desvio do resultado pela mudança da amostra inicial e final, que ficará implícito na discussão.

O programa de intervenção descrito neste relatório teve como objetivos a identificação do perfil profissional atuante direta ou indiretamente na assistência ao paciente e das áreas cuja cultura necessita de melhorias. Além de avaliar a efetividade das ações implementadas para melhoria da segurança do paciente e citar aspectos favoráveis à adesão de protocolos para prevenção e controle de eventos adversos relacionados às práticas. E no decorrer desse processo, poder estimular a prática assistencial segura.

Em vista disso, detectou-se que os achados pertinentes a dados demográficos não diferem muito de pesquisas que outros autores têm empreendido de mesmo carácter em esfera nacional, entre eles o predomínio da população feminina. Este resultado coincide com o perfil observado em Borba Netto e Severino (2016), Minuzz, Salum e Locks (2016), Pinheiro e Silva (2017), Silva e Rosa (2016), e em Silva-Batalha e Melleiro (2015).

A faixa etária predominante de 35 a 39 anos e a escolaridade mínima de nível superior completo se assemelha aos estudos de Minuzz et al (2016), e Silva e Rosa (2016). Neles, o tempo de serviço na especialidade atual, no hospital e na atual área é predominantemente de até 10 anos, semelhante ao que no presente estudo se encontrou.

Constatando que a maior parte dos profissionais possuem ensino superior completo, mesmo desempenhando atividades de nível médio, seria possível um melhor retorno ao investimento em educação permanente na instituição. O processo de ensino-aprendizagem pode tornar-se mais fácil em pessoas com níveis maiores de conhecimento.

Silva, Cardoso, e Fonseca (2012) corroboram com o descrito acima quando retratam que o fator de quantidade de anos de educação, investigados nas pesquisas sobre a relação entre este fator sociodemográfico e a cognição, juntamente com a idade, e em alguns estudos, o gênero, têm demonstrado efeitos significativos nos processos psicológicos avaliados por instrumentos neuropsicológicos. A educação é talvez uma das variáveis sociodemográficas com maior representatividade na pesquisa da interação destes fatores com o desempenho neuropsicológico. As funções cognitivas seriam atenção, percepção, linguagem e memória de trabalho, entre outros.

A equipe de enfermagem, principalmente representada por seu corpo de técnicos, além de ser a maior entre todas as equipes, foi a mais participativa nas atividades realizadas. Tem um perfil feminino, experiência profissional e conhece com propriedade a instituição onde está inserida.

Mediante a intervenção realizada, fez-se oportuno o comparativo dos achados das respostas de antes e após o incremento das medidas. Deste modo, analisando os percentuais de respostas positivas nas dimensões do nível da unidade/setor, é evidente a melhora após a intervenção.

A dimensão “Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” obteve um grande desvio de melhora entre as fases, podendo ser considerada a única dimensão entre as 12 onde a cultura de segurança pode ser avaliada como fortalecida. Contudo há que se fazer referência a uma substituição da coordenação de enfermagem no decorrer do período das atividades, que também pode ter contribuído para a mudança. Notando também que a relação da nova chefia com os profissionais pode ter influenciado nesse desfecho, pois a nova coordenadora provém da equipe de enfermagem do setor e possui bom relacionamento com os membros.

Na dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”, há também uma melhora nos resultados, que não poderiam ser explicados por uma melhoria nos processos de trabalho, visto que nem todos do setor participaram das atividades. Eventualmente pode ter havido uma melhor compreensão das questões ou um reflexo das relações do grupo concludente.

Essas relações favoráveis com a chefia e dentro da própria equipe de trabalho são capazes de alcançar grandes êxitos, pois, de acordo com Brasil (2017a), o sucesso na gestão da segurança do paciente passa por um reconhecimento do risco relacionado à assistência à saúde moderna, que utiliza processos complexos e cuja segurança muitas vezes depende do desempenho humano. As quatro práticas seguras para melhorar a segurança por meio da cultura de segurança são: definir estruturas e sistemas de liderança, nas quais os líderes devem estar envolvidos no processo de criar e transformar a cultura de segurança do paciente. Avaliar a cultura, informar sobre os resultados e intervir. Promover o trabalho em equipe, e identificar e mitigar os riscos e perigos. E Borba Netto e Severino (2016) acrescentam que uma equipe que trabalha de forma cooperativa e coordenada, propicia um ambiente mais humano, evitando situações de descontinuidade e com menos riscos aos pacientes. O trabalho em equipe é fundamental para a prevenção de eventos.

Na dimensão “Aprendizado organizacional - melhoria contínua” também houve uma mudança positiva significativa e não se pode deixar de mencionar que a instituição tem ampliado a abertura para as atividades educativas em segurança do paciente, de modo especial neste setor, e como a pesquisadora também faz parte do quadro de funcionários do hospital, e que mesmo com esclarecimentos de que se tratava de pesquisa de cunho científico, pode haver aí uma relação intrínseca do resultado com o momento vivido pela equipe.

A dimensão “Abertura da comunicação” permanece prejudicada, não possuindo nenhuma melhora de seus indicadores. E a dimensão “retorno da informação e comunicação sobre erros”, mostra uma queda no quesito que discorre sobre a discussão de meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente na unidade, com pouca ou nenhuma melhora nos demais. Isso demonstra uma provável insegurança dos profissionais em confrontar ou divergir de opiniões de superiores, reafirma a resistência em manter um diálogo aberto sobre os incidentes, a falta de devolutiva das lideranças frente as tentativas de construções de medidas de segurança ou quem sabe o não investimento em soluções, para além de retratar uma cultura de segurança institucional fragilizada.

Diferenças hierárquicas, poder e conflitos no contexto do trabalho no campo da saúde têm influenciado diretamente no modo como a comunicação se estabelece. Para uma cultura

organizacional positiva, esse aspecto representa constante desafio, e requer avaliação permanente, em que pesem valores, hábitos, crenças, normas e experiências vivenciadas e compartilhadas pelos gestores e profissionais das organizações (Nogueira, & Rodrigues, 2015).

Em “Respostas não punitivas aos erros”, é notório o receio pela responsabilização em detrimento da cultura justa, que obteve pouca melhora nas questões e piora quanto à abordagem na sentença sobre a preocupação dos profissionais de que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais. A cultura justa é um conceito, que procura diferenciar os trabalhadores cuidadosos e competentes que cometem erros, dos que têm um comportamento de risco consciente e injustificadamente arriscado” (Watcher, 2010 como citado em Brasil, 2014).

No que tange à “adequação de pessoal”, fazendo alusão à quantia de recursos humanos à realização do trabalho, à carga horária praticada, aos tipos de vínculos trabalhistas e às condições de trabalho, há uma melhora dos percentis das respostas dadas, o que não reflete uma mudança do dimensionamento e nem de contratações de pessoal pois tal não aconteceu no período em que decorreu o estudo. Porventura, pode ter havido uma mudança de percepção da realidade ou do próprio entendimento do questionário.

Os profissionais estavam quase sempre trabalhando com equipe reduzida e com grande demanda de trabalho, sentiam-se sobrecarregados de atividades e aparentavam estar pouco motivados em capacitar-se. E não foi identificada uma política de valorização da mão de obra, nem de incentivo educacional, pois a princípio a equipe não demonstrava habitualidade com esse perfil de tarefas e nem empenho e/ou interesse em seu aperfeiçoamento.

Entre as respostas às questões individuais nas dimensões do nível organizacional há uma discreta melhora dos percentuais de respostas positivas.

Relativo ao “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” quase não houve variação dos dados encontrados, sendo que duas das três suposições da dimensão, tiveram resultados piorados. Nesse aspecto, constata-se que eventuais ações isoladas não são capazes de interferir na realidade, e a segurança do paciente ainda não é notada como

foco principal da gestão. Concernente ao “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”, no que diz respeito a gestão do fluxo hospitalar não há melhora dos indicadores, mas, por outro lado, há superior apreço à relação interpessoal intrasetorial. Na dimensão que aborda as “Mudanças de turno e transições entre unidades/serviços” as pequenas variações nas respostas não são capazes de atribuir um cunho positivo. Sugere a inexistência ou desconhecimento ou até a não adesão ou permissividade de adesão aos protocolos assistenciais nesse contexto.

De acordo com Brasil (2017a), a liderança, o trabalho em equipe e a comunicação constituem três das sete subculturas que foram organizadas a partir de várias propriedades que apontam a importância de crenças, atitudes e comportamentos que fazem parte da cultura de segurança em hospitais. Assim, o engajamento de líderes seniores é crítico para o sucesso do desenvolvimento de uma cultura de segurança, o espírito de colaboração e cooperação deve existir entre executivos e equipe clínica, e a comunicação é o método adotado pelo serviço de saúde para assegurar a transferência de informação entre plantões, departamentos e unidades, para além de criar laço de confiança entre membros da equipe.

E, finalmente, nas dimensões de resultado há um confronto entre as duas dimensões, que após a intervenção, teve melhora de uma e piora da outra. Aponta uma neutralidade do ponto de vista da avaliação do conjunto. Assim, na “Percepção geral da segurança”, há melhora na maior parte dos dados evidenciados. E em referência à “Frequência da notificação de eventos de segurança” há piora dos dados por presumível aumento da compreensão dos quesitos, posto que esse protocolo ainda não está efetivamente implantado no hospital.

As instituições de saúde podem criar um ambiente favorável à notificação de EA utilizando da premissa da cultura de segurança, e estimulando os profissionais de saúde a relatarem o evento ocorrido, substituindo a punição pela aprendizagem com as falhas. É um importante aspecto para o monitoramento e a investigação de EA (Brasil, 2017b). Para melhor compreensão, define-se a cultura de segurança como “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde” (Brasil, 2013d).

Em síntese, nas dimensões do nível da unidade/setor 4 das 7 dimensões obtiveram mudanças aparentes em suas médias positivas. Nas dimensões do nível organizacional e nas dimensões de resultado, apenas 1 de cada obteve percentuais perceptíveis de melhora. Portanto com melhora nítida em 6 das 12 dimensões pesquisadas.

E mesmo com as melhorias identificadas, somente 1 das dimensões pode ser considerada com cultura de segurança fortalecida e 2 estariam em posição intermediária, nem fortalecidas nem fragilizadas. As outras 9 dimensões continuam fragilizadas, carecendo de investimento e com grande potencial de melhoria.

No decorrer do estudo, foi possível observar que o conhecimento da equipe funcional sobre cultura de segurança ainda era muito difuso, não se notando uma cultura de segurança fortalecida e com foco nas melhores práticas. É admissível que a cultura organizacional tenha colaborado ao longo de seus processos assistenciais para esse achado.

Em estudo realizado com profissionais da equipe de saúde em uma unidade de terapia intensiva de um hospital (Minuzz et al, 2016) todas as dimensões foram avaliadas com cultura fragilizada, em outros sobre cultura de segurança do paciente em organização hospitalar (Silva & Rosa, 2016) e cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão (Andrade, 2018) nem todas as dimensões encontradas estavam fragilizadas mas por outro lado não haviam dimensões fortalecidas. Podendo demonstrar que já existem iniciativas para conhecimento das áreas cuja cultura necessita de melhorias, e que apesar de grande número de respostas negativas ainda serem presentes, passos estão sendo dados em direção à adequação desses percentuais.

A mudança de cultura também depende de investimentos constantes na qualidade das relações entre equipes, lideranças e apoio da gestão que é refletida em pequenas mudanças que podem ser observadas em ações de fomento à segurança do paciente como esta.

Durante o período de coleta de dados, a equipe voluntária tornou-se cada vez mais aberta e receptiva às informações, mesmo com todas as barreiras encontradas no ambiente laboral. Essa perspectiva reforça mais uma vez que é urgente e necessário, além de bem-vindo, o incentivo desses profissionais.

## 5 CONCLUSÃO

A conclusão das atividades propostas por esta pesquisa permitiu verificar que a segurança do paciente é um objeto que demanda maior destaque no cenário hospitalar. Foram percebidas áreas cuja cultura de segurança necessita de melhorias. Evidenciou-se que elas se correlacionam aos diversos tipos de comunicação como: a abertura da comunicação, respostas não punitivas aos erros, retorno da informação e comunicação sobre erros, e mudanças de turno e transições entre unidades/serviços. Ensejam de melhorias visto que os trabalhadores ainda exprimem que o medo de punição persiste.

Ademais, o apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente e frequência da notificação de eventos de segurança ainda são pouco percebidos.

As ações implementadas para melhoria da segurança do paciente não foram suficientes para mudança da realidade, mas despertaram o interesse no assunto e a busca do melhoramento, de modo especial das relações dentro da própria equipe de trabalho.

Um aspecto favorável à adesão de protocolos para prevenção e controle de eventos adversos relacionados às práticas foi principalmente a abertura percebida através do melhor envolvimento dos participantes e desenvoltura no decorrer das intervenções, proporcional à aquisição de mais instruções sobre o assunto abordado. E o estímulo às práticas assistenciais seguras, que foram reforçadas em toda a trajetória.

À vista disso, verificou-se que o questionário aplicado apesar de ser um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para mensurar cultura de segurança do paciente, não é capaz de mostrar grandes avanços no curto prazo de reaplicação. Mas progressos foram possíveis e, acrescido a isso, a viabilidade de demonstrar melhor o cenário, com maior clareza das informações prestadas, após familiaridade com o instrumento e com o assunto.

Uma limitação encontrada nesta pesquisa foi a baixa adesão dos profissionais convidados inicialmente para a participação nas atividades implementadas, que poderia ter constituído uma amostra mais robusta. Isso pondera uma cultura educacional fragilizada, com profissionais pouco motivados a responder esse tipo de questionário.

Houve o prejuízo das informações com a redução da amostra avaliada na fase inicial. Além da amplitude da área pesquisada a qual tornou o estudo mais complexo, investigando diferentes aspectos, e com vários resultados. Outra dificuldade foi o maior prazo de conclusão deste estudo devido as diversas tentativas de reunião dos grupos.

A busca pelo conhecimento da cultura de segurança do paciente e a chance de implementação de medidas para a sua melhoria em uma unidade hospitalar fizeram deste trabalho uma ferramenta para construção de novos saberes. A partir dos entendimentos aqui relacionados, muito mais poderá ser alcançado. Dimensões podem ser melhor estimuladas de modo específico, setores diversos podem ser contemplados, comparações internas e externas a outras referências hospitalares podem ser feitas, além da possibilidade de aprimoramento das medidas adotadas, entre outras oportunidades.

Portanto é de extrema relevância de ressaltar que é essencial o estímulo à prática assistencial segura, a busca por melhores condições de trabalho, o incentivo da gestão à adesão de melhores práticas, apoio/suporte do profissional em situação de crise, a melhoria da comunicação na equipe, entre equipes, com o chefe e retorno de informações pela gestão.

Ainda há a importância do investimento em pesquisa nessa área, pois as transformações começam gradativamente, e o conhecimento da realidade é etapa essencial para início a jornada. A mudança dos resultados depende da mudança de comportamento em todos os níveis, sejam eles pessoais, coletivos, gerenciais ou estruturais.

Pretende-se fazer deste trabalho um fomento para o incremento de mais iniciativas no âmbito da segurança do paciente, que por se tratar de um assunto relativamente novo em saúde, ainda urge de conhecimentos estatísticos e experimentos de melhores práticas. Que o objeto em estudo seja no futuro uma regra e não exceção nas práticas assistenciais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, L. E. L., Lopes, J. M., Souza Filho, M. C. M., Vieira Júnior, R. F., Farias, L. P. C., Santos, C. C. M., & Gama, Z. A. S. (2018). Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Revista ciência e saúde coletiva*. vol.23 no.1, p. 161-172. DOI: 10.1590/1413-81232018231.24392015
- Borba Netto, F.C., Severino, F. G. (2016). Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. *Revista brasileira em promoção da saúde*. Fortaleza, 29(3): 334-341.
- Brasil. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria – ANVISA (2013a). Investigação de Eventos Adversos em Serviç os de Saúde. *Seguranç a do paciente e qualidade em serviç os de saúde*. 1.ed. 66 p. Brasília: ANVISA.
- Brasil. Portaria n  529, de 1  de abril de 2013 (2013b). Institui o Programa Nacional de Seguranç a do Paciente (PNSP). *In Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 02 abr. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>
- Brasil. Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. (2013c). *Anexo 02: protocolo de identificação do paciente*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível via B-on em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>
- Brasil. Agência Nacional de Vigilancia Sanitária – Anvisa. (2013d). Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n . 36, de 25 de julho de 2013. Institui a o es para a seguranç a do paciente em serviç os de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Brasil. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria – ANVISA. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2014). *Documento de referência para o Programa Nacional de Seguranç a do Paciente*. 40 p. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria – ANVISA (2017a). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada   prática. *Seguranç a do paciente e qualidade em serviç os de saúde*. 2.ed. 168 p. Brasília: ANVISA.
- Brasil. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria – ANVISA (2017b). *Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados   Assistência   Saúde*. Caderno 7. 94 p. Brasília: Anvisa.
- Bueno, A. A. B., & Fassarella, C. S. (2012). Seguranç a do Paciente: Uma reflexão sobre sua trajetória histórica. Universidade Unigranrio. *Revista acad mica. Rede de Cuidados em Saúde*. Rio de Janeiro, 6(1).

- Correa, C. R. P., & Cardoso Junior, M. M. (2007). Análise e classificação dos fatores humanos nos acidentes industriais. *In Produção*. (v. 17, n. 1, p. 186-198, Jan./Abr.). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v17n1/12.pdf>
- Fernandes, L. G. G., Tourinho, F. S. V., Souza, N. L., & Menezes, R. M. P. (2014). Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: Reflexão para a prática de enfermagem. *Revista enfermagem UFPE online*. Recife, 8(supl. 1): p. 2507-12. DOI: 10.5205/reuol.5927-50900-1-SM.0807supl201440
- Joint Commission International (2017). *Accreditation Standards for Hospitals Including Standards for Academic Medical Center Hospitals*. 6th Ed. Estados Unidos, Oakbrook Terrace, Illinois. 37 p.
- Leape, L. (1994). *Error in medicine*. JAMA. v.272 (23).1851-7 pp. Disponível em: [http://www.ups.upenn.edu/gme/pdfs/Leape\\_Error%20in%20Medicine\\_JAMA.pdf](http://www.ups.upenn.edu/gme/pdfs/Leape_Error%20in%20Medicine_JAMA.pdf)
- Madalosso, A.R.M. (2000). Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. *In Revista latino-americana de enfermagem*, (v. 8, n. 3, p. 11-17). Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12394.pdf>
- Milagres, L. M. (2015). Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos. 99 p. Dissertação de mestrado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.
- Minuzz, A. P., Salum, N. C., & Locks, M. O. H. (2016). Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto e contexto enfermagem*; Florianópolis, 25(2): p. 1-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-1610015.pdf>
- Nightingale, F. (1863). *Notes on Hospitals*. 1863. 187p. London: Harvard College Library.
- Nogueira, J. W. S., & Rodrigues, M. C. S. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*. 20(3): 636-640
- Pinheiro, P. M., & Silva, O. C. (2017). Avaliação da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um hospital universitário. *Revista enfermagem global*. N 45, p. 325-338.
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>

- Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. (2013). *Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde*. 132 p. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Reis, C. T., Laguardia, J., & Martins, M. (2012). Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. In *Cadernos de saúde pública* [online]. (vol.28, n.11, pp.2199-2210. ISSN 1678-4464). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
- Rocha, M. L., & Aguiar K. F. (2003). Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. In *Psicologia ciência e profissão*. 23 (4) (nº 3/4,1997, pp. 64-73). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>
- Silva, A. C. A. B., & Rosa, D. O. S. (2016). Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. *Cogitare enfermagem*. 2016 v. 21 n. p. 01-10.
- Silva-Batalha, E. M. S., & Melleiro, M. M. (2015). Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: Diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição *Texto e contexto enfermagem*; Florianópolis, 24(2). p. 432-41. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf)
- Silva, R. F. C., Cardoso, C. O., & Fonseca, R. P. (2012). Diferenças quanto à escolaridade em adultos no desempenho no teste de cancelamento dos sinos. *Estudos de Psicologia*. 17(2), p. 215-222. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/04.pdf>
- Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. Agency for Healthcare Research and Quality (2016). Hospital survey on patient safety culture: user's guide. *AHRQ Publication*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- Souza, N. P. G. (2013). Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta na produção do cuidado clínico e segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. 118 p. Dissertação de mestrado, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Centro Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/NATALIAPIMENTEL.pdf>
- World Health Organization. (2009). *Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente*. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva: WHO. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf).
- World Health Organization. (2013). *Patient Safety Workshop Learning from error*. (Proqualis/ Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em

Saúde/Fiocruz, Trad.). Geneva, Switzerland: WHO. (Obra originalmente publicada em 2008)

**ANEXOS**



ANEXO A - QUESTIONÁRIO HSOPSC (MODELO ADAPTADO ORIGINAL)

**Pesquisa sobre Segurança do Paciente**

**Instruções:**

- Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.
- Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

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

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

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

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

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

- a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica  h. Psiquiatria/saude mental
- b. Clinica (nao cirurgica)  i. Reabilitacao
- c. Cirurgia  j. Farmacia
- d. Obstetricia  k. Laboratorio
- e. Pediatria  l. Radiologia
- f. Setor de Emergencia  m. Anestesiologia
- g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)  n. Outra, por favor, especifique:

**Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho. Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital.**

1 Discordo totalmente 2 Discordo 3 Nao Concordo nem Discordo

4 Concordo 5 Concordo totalmente

**1.** Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras

1  2  3  4  5

**2.** Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho

1  2  3  4  5

**3.** Quando ha muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para conclui-lo devidamente

1  2  3  4  5

**4.** Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito

1  2  3  4  5

**5.** Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente

1  2  3  4  5

**6.** Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente

1  2  3  4  5

**7.** Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente

1  2  3  4  5

**8.** Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles

1  2  3  4  5

**9.** Erros tem levado a mudanças positivas por aqui

1  2  3  4  5

**10.** É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui

1  2  3  4  5

11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.

1  2  3  4  5

12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema

1  2  3  4  5

13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade

1  2  3  4  5

14. Nos trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido

1  2  3  4  5

15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída

1  2  3  4  5

16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais

1  2  3  4  5

17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente

1  2  3  4  5

18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros

1  2  3  4  5

#### SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

**Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...**

1 Discordo totalmente 2 Discordo 3 Não Concordo nem Discordo

4 Concordo 5 Concordo totalmente

1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente

1  2  3  4  5

2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente

1  2  3  4  5

3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"

1  2  3  4  5

4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente

1  2  3  4  5

#### SEÇÃO C: Comunicação

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

**Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...**

1 Nunca 2 Raramente 3 Às Vezes 4 Quase sempre 5 Sempre

1. Nos recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos

1  2  3  4  5

2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente

1  2  3  4  5

3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade

1  2  3  4  5

4. Os profissionais sentem-se a vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores

1  2  3  4  5

5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente

1  2  3  4  5

6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo

1  2  3  4  5

**SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados**

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

1 Nunca      2 Raramente      3 As vezes  
4 Quase sempre      5 Sempre

**1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?**

1  2  3  4  5

**2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?**

1  2  3  4  5

**3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?**

1  2  3  4  5

**SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente**

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

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

**SEÇÃO F: O seu hospital**

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

**Pense no seu hospital...**

1 Discordo totalmente      2 Discordo      3 Não Concordo nem Discordo  
4 Concordo      5 Concordo totalmente

**1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente**

1  2  3  4  5

**2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si**

1  2  3  4  5

**3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra**

1  2  3  4  5

**4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto**

1  2  3  4  5

**5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno**

1  2  3  4  5

**6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital**

1  2  3  4  5

**7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital**

1  2  3  4  5

**8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal**

1  2  3  4  5

**9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso**

1  2  3  4  5

**10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes**

1  2  3  4  5

**11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes**

1  2  3  4  5

**SEÇÃO G: Número de eventos notificados**

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

a) Nenhuma notificação      b) 1 a 2 notificações  
c) 3 a 5 notificações

d) 6 a 10 notificações      e) 11 a 20 notificações  
f) 21 notificações ou mais

## **SEÇÃO H: Informações gerais**

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

**1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?**

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

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

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

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

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

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

- a. Medico do Corpo Clinico/Medico Assistente  
 b. Medico Residente/ Medico em Treinamento  
 c. Enfermeiro  
 d. Tecnico de Enfermagem  
 e. Auxiliar de Enfermagem  
 f. Farmaceutico/Bioquimico/Biologo/Biomedico  
 g. Odontologo  
 h. Nutricionista  
 i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratorio, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiologo  
 j. Psicologo  
 k. Assistente Social  
 l. Tecnico (por exemplo, ECG, Laboratorio, Radiologia, Farmacia)  
 m. Administracao/Direcao  
 n. Auxiliar Administrativo/Secretario  
 o. Outro, especifique

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

- a. SIM, em geral tenho interacao ou contato direto com os pacientes.  
 b. NAO, em geral NAO tenho interacao ou contato direto com os pacientes.

**6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? \_\_\_\_\_ anos**

**7. Qual o seu grau de instrução:**

- a. Primeiro grau (Ensino Basico) Incompleto     e. Ensino Superior Incompleto  
 b. Primeiro grau (Ensino Basico) Completo     f. Ensino Superior Completo  
 c. Segundo grau (Ensino Medio) Incompleto     g. Pos-graduacao (Nivel Especializacao)  
 d. Segundo grau (Ensino Medio) Completo     h. Pos-graduacao (Nivel Mestrado ou Doutorado)

**8. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos**

**9. Indique o seu sexo:**

- a. Feminino     b. Masculino

## **SEÇÃO I: Seus comentários**

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

ANEXO B – QUESTIONÁRIO HSOPSC (MODELO ADAPTADO EM TABELA)

Pesquisa sobre Segurança do Paciente

Instruções:

- Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos.
- Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

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

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

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

- Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Mencione UMA resposta. \_\_\_\_\_
- Número de eventos notificados. Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou? \_\_\_\_\_

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital? \_\_\_\_\_

2. Há quanto tempo você trabalha no seu setor atual do hospital? \_\_\_\_\_

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

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Mencione apenas UMA resposta. \_\_\_\_\_

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

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

7. Qual o seu grau de instrução: \_\_\_\_\_

8. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

9. Indique o seu sexo: \_\_\_\_\_

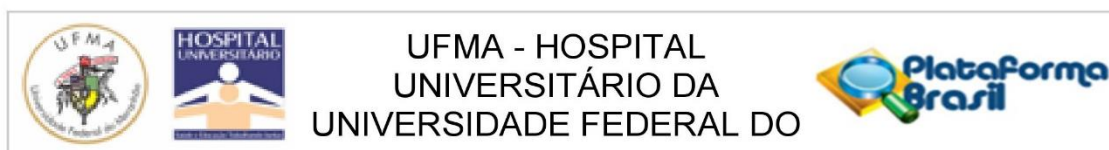
Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso).  
**Gratos por você participar desta pesquisa!!!**

| PENSE NO SEU SETOR DE TRABALHO NO HOSPITAL   |                     |          |                           |          |                     |
|--|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu setor de trabalho. | Discordo totalmente | Discordo | Não Concordo nem Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
| 1. Neste setor, as pessoas apoiam umas às outras   |                     |          |                           |          |                     |
| 2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho  |                     |          |                           |          |                     |
| 3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente            |                     |          |                           |          |                     |
| 4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito  |                     |          |                           |          |                     |
| 5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente                  |                     |          |                           |          |                     |
| 6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente   |                     |          |                           |          |                     |
| 7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente            |                     |          |                           |          |                     |
| 8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles   |                     |          |                           |          |                     |
| 9. Erros tem levado a mudanças positivas por aqui  |                     |          |                           |          |                     |
| 10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui   |                     |          |                           |          |                     |
| 11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.                     |                     |          |                           |          |                     |
| 12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema                         |                     |          |                           |          |                     |
| 13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade                          |                     |          |                           |          |                     |

|  |                     |           |                           |              |                     |
|--|---------------------|-----------|---------------------------|--------------|---------------------|
| 14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido  |                     |           |                           |              |                     |
| 15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída  |                     |           |                           |              |                     |
| 16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais   |                     |           |                           |              |                     |
| 17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente   |                     |           |                           |              |                     |
| 18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros   |                     |           |                           |              |                     |
| <b>PENSE NO SEU SUPERVISOR/CHEFE</b>   |                     |           |                           |              |                     |
| <b>Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.</b> | Discordo totalmente | Discordo  | Não Concordo nem Discordo | Concordo     | Concordo totalmente |
| 1. O meu chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente  |                     |           |                           |              |                     |
| 2. O meu chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente  |                     |           |                           |              |                     |
| 3. Sempre que a pressão aumenta, meu chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"  |                     |           |                           |              |                     |
| 4. O meu chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente  |                     |           |                           |              |                     |
| <b>COMUNICAÇÃO: PENSE NO SEU SETOR DE TRABALHO NO HOSPITAL</b>   |                     |           |                           |              |                     |
| <b>Com que frequência as situações abaixo ocorrem no seu setor de trabalho?</b>  | Nunca               | Raramente | As Vezes                  | Quase sempre | Sempre              |
| 1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos  |                     |           |                           |              |                     |
| 2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente   |                     |           |                           |              |                     |
| 3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade   |                     |           |                           |              |                     |
| 4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores   |                     |           |                           |              |                     |
| 5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente   |                     |           |                           |              |                     |
| 6. Os profissionais tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo  |                     |           |                           |              |                     |
| <b>FREQUÊNCIA DE EVENTOS RELATADOS</b>   |                     |           |                           |              |                     |
| <b>Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros seguintes, com que frequência eles são notificados?</b>  | Nunca               | Raramente | As Vezes                  | Quase sempre | Sempre              |
| 1. Quando ocorre um erro, mas ele é <b>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</b> , com que frequência ele é notificado?   |                     |           |                           |              |                     |
| 2. Quando ocorre um erro, mas <b>não há risco de dano ao paciente</b> , com que frequência ele é notificado?   |                     |           |                           |              |                     |
| 3. Quando ocorre um erro, que <b>poderia causar danos ao paciente</b> , mas não causa, com que frequência ele é notificado?  |                     |           |                           |              |                     |
| <b>Nota da segurança do paciente</b>   | Excelente           | Muito boa | Regular                   | Ruim         | Muito Ruim          |
| <b>Por favor, avalie a segurança do paciente no seu setor de trabalho no hospital.</b>   |                     |           |                           |              |                     |

| <b>O SEU HOSPITAL</b>  |                            |                 |                                  |                 |                            |
|--|----------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------------|
| <b>Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.</b> | <b>Discordo totalmente</b> | <b>Discordo</b> | <b>Nao Concordo nem Discordo</b> | <b>Concordo</b> | <b>Concordo totalmente</b> |
| 1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente                     |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si  |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra             |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto                      |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente nas mudanças de plantão ou de turno  |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital                      |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital                      |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal           |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso     |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes              |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes                     |                            |                 |                                  |                 |                            |

## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONHECIMENTO SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS PARA A SUA MELHORIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE SÃO LUÍS

**Pesquisador:** DANYELLEN CASTRO VELOSO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 76796517.3.0000.5086

**Instituição Proponente:** INSTITUTO UNIVERSITARIO ATLANTICO LTDA - ME

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.392.730

#### Apresentação do Projeto:

Os profissionais de saúde, como quaisquer seres humanos, são falíveis, capazes de cometer erros, são humanos e não divinos. O conceito de que o profissional da saúde não erra está disseminado na sociedade e particularmente entre os próprios profissionais. Considera-se que bons profissionais da saúde não erram ou que tendo atenção não há erro, contudo, errar é humano. O cotidiano mostra que o erro não representa uma raridade desaparecida. É uma situação presente e relativamente freqüente no processo de cuidar, é uma sombra de quem se tenta escapar. (Madalosso,2000; Anvisa, 2014).Leape (1994) em seu artigo “Erros em Medicina”, destaca a questão do erro no cuidado de saúde e indica as contribuições de outras disciplinas, como o fator humano para melhor compreendê-los, incluindo seus fatores contribuintes. Infere ainda que, para reduzir a ocorrência de erro no cuidado de saúde, seria necessário mudar a forma de pensar o erro, isto é, reconhecer a falibilidade humana e a importância do sistema para a prevenção do erro.A segurança do paciente resulta do esforço e comprometimento diário de equipes multiprofissionais,instituições e serviços de atenção à saúde, públicos e privados; de processos e sistemas organizados, avaliados e aprimorados continuamente quanto à prevenção e redução de danos; do reforço contínuo para as boas práticas assistenciais recomendadas por agências nacionais e internacionais; da formação de profissionais da saúde e de uma política nacional de segurança no cuidado à saúde (Rebraensp, 2013).A rede de atenção à saúde se configura como um

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**UF:** MA

**Telefone:** (98)2109-1250

**Município:** SAO LUIS

**CEP:** 65.020-070

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.392.730

conjunto de ações e serviços, com densidades tecnológicas distintas e focados na integralidade e qualidade do cuidado. Na atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado (Rebraensp, 2013). De acordo com a OMS (Anvisa, 2014), Brasil (2013) e Who (2009) a segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável. Rebraensp (2013) acrescenta que a complexidade de procedimentos e tratamentos, podem potencializar o dano. O cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, assim como de políticas governamentais regulatórias, que exigem um esforço coordenado e permanente. A preocupação com a segurança já se mostra no modelo brasileiro de atenção à saúde (Rebraensp, 2013). No início deste século, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) passou a incorporar "segurança do paciente" como um dos seis atributos da qualidade e definiu qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados (Anvisa, 2014). Apesar da relevância do tema, ainda existem lacunas de conhecimento nesse campo, principalmente, entre os países menos desenvolvidos. Estudos apontam que a falta de recursos de infra-estrutura e informatização limita a capacidade desses países em sistematizar as informações, coletar dados e desenvolver projetos de pesquisas nesse campo. Devido a essas dificuldades, evidencia-se escassa literatura e considera-se que relatórios e taxas de ocorrência de eventos adversos possam estar subestimados, não retratando a verdadeira extensão e danos causados aos pacientes nesses sistemas de saúde (Anvisa, 2013a). O seguinte estudo aborda a qualidade e a segurança na assistência ao paciente em uma unidade hospitalar na perspectiva de se obter informações acerca do conhecimento sobre cultura de segurança do paciente, seguida da implementação de medidas para a sua melhoria em uma unidade de saúde de São Luís. Essa pesquisa propõe-se a identificar o perfil profissional atuante direta ou indiretamente na assistência ao paciente, identificar áreas cuja cultura necessita melhorias, avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança, serão citados aspectos favoráveis à adesão de protocolos para prevenção e controle de eventos adversos relacionados às práticas, visando ao estímulo da prática assistencial segura.

Hipótese:

Possibilidade de aprimoramento do conhecimento da equipe funcional de uma unidade de saúde de São Luís sobre cultura de segurança após intervenção da pesquisadora.

Metodologia Proposta:

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.392.730

Trata-se de uma pesquisa-intervenção, pois nela a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determina os próprios caminhos da pesquisa, sendo assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise. Serão aplicados instrumentos de coleta de dados (adaptação transcultural do questionário HSOPSC) para avaliação sobre conhecimento de cultura de segurança do paciente a um grupo de trabalhadores (da clínica cirúrgica do Hospital Socorrão I), que após análise, sofrerá intervenção com implementação de medidas e posterior reavaliação para examinar se houve melhoria nos dados encontrados.

**Critério de Inclusão:**

Ser profissional vinculado ao hospital e estar lotado na clínica cirúrgica

**Critério de Exclusão:**

Não ser profissional vinculado ao hospital; Não estar lotado na clínica cirúrgica do hospital

**Metodologia de Análise de Dados:**

Aplicação da adaptação transcultural do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) para o português e contexto hospitalar brasileiro, que é um instrumento amplamente utilizado no mundo para mensurar cultura de segurança entre profissionais de hospitais, aos funcionários do setor escolhido. Posteriormente a tabulação dos dados será realizada através do uso do software Epi info com o objetivo de realizar o gerenciamento e a análise de bancos de informações.

**Desfecho Primário:**

Aumento do conhecimento sobre cultura de segurança do paciente e posterior adesão a práticas assistenciais mais seguras.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Identificar e aprimorar o conhecimento da equipe funcional de uma unidade de saúde de São Luís sobre cultura de segurança.

**Objetivo Secundário:**

Avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança do paciente.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Apesquisadora refere que: "Por se tratar de pesquisa com finalidade educativa, utilizando-se de questionário para coleta dados com perguntas predominantemente fechadas, estritamente

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.392.730

profissionais e sem identificação pessoal do profissional que dela participar, considera-se que a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, nesta pesquisa e dela decorrente, é mínimo. Há a possibilidade de incompreensão de alguma(s) da(s) afirmativas do questionário pelo profissional e posterior inconsistência das informações caso as dúvidas não forem sanadas, podendo ainda gerar constrangimento pela falta de entendimento. Ainda há o risco de recusa à participação por medo da divulgação das respostas individuais, mesmo com a informação sobre o sigilo da pesquisa".

**Benefícios:**

A pesquisadora afirma que os benefícios são: "Aumento do conhecimento pessoal dos envolvidos na pesquisa sobre as questões de cultura de segurança, com possível aumento da adesão de práticas assistenciais mais seguras, repercutindo na melhoria da assistência e relacionamento com o paciente alvo".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de estudo relevante na área da saúde coletiva que tem como objetivo identificar e aprimorar o conhecimento da equipe funcional de uma unidade de saúde de São Luís sobre cultura de segurança e poderá trazer como benefícios o aumento do conhecimento pessoal dos envolvidos na pesquisa sobre as questões de cultura de segurança, com possível aumento da adesão de práticas assistenciais mais seguras, repercutindo na melhoria da assistência e relacionamento com o paciente alvo.

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

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA **Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.392.730

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

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

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

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

| Tipo Documento  | Arquivo                                      | Postagem               | Autor                      | Situação |
|---|--|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_986196.pdf | 04/11/2017<br>19:48:16 |                            | Aceito   |
| Outros  | CartaRespostaAssinada.pdf                    | 04/11/2017<br>19:44:23 | DANYELLEN<br>CASTRO VELOSO | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | ProjetoDanyellen.pdf                         | 01/11/2017<br>14:35:38 | DANYELLEN<br>CASTRO VELOSO | Aceito   |
| Cronograma  | CRONOGRAMA.docx                              | 01/11/2017<br>14:34:09 | DANYELLEN<br>CASTRO VELOSO | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx                                    | 01/11/2017<br>14:33:00 | DANYELLEN<br>CASTRO VELOSO | Aceito   |
| Orçamento   | ORCAMENTO.docx                               | 16/09/2017<br>21:14:44 | DANYELLEN<br>CASTRO VELOSO | Aceito   |
| Outros  | DeclaracaoFinanceira.pdf                     | 16/09/2017             | DANYELLEN                  | Aceito   |

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.392.730

|                             |                          |                        |                            |        |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|--------|
| Outros                      | DeclaracaoFinanceira.pdf | 21:02:55               | CASTRO VELOSO              | Aceito |
| Outros                      | DeclaracaoGestor.pdf     | 16/09/2017<br>21:01:25 | DANYELLEN<br>CASTRO VELOSO | Aceito |
| Outros                      | TCDU.pdf                 | 16/09/2017<br>20:52:06 | DANYELLEN<br>CASTRO VELOSO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DeclaracaoAnuencia.pdf   | 16/09/2017<br>20:50:22 | DANYELLEN<br>CASTRO VELOSO | Aceito |
| Folha de Rosto              | FolhaDeRosto.pdf         | 16/09/2017<br>20:49:05 | DANYELLEN<br>CASTRO VELOSO | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 22 de Novembro de 2017

**Assinado por:**

**Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br

ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

**Título do projeto:** Conhecimento sobre cultura de segurança do paciente e implementação de medidas para a sua melhoria em uma unidade de saúde de São Luís

**Pesquisador responsável:** Danyellen Castro Veloso

**Sector/departamento:** Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra-ESTeSC

**Instituição:** Instituto Politécnico De Coimbra- IPC

**Instituição:** Instituto Universitário do Atlântico- IUA

**Telefone para contato:** (98) 988080104

O pesquisador responsável pelo projeto supracitado se compromete a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão obtidos através do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, em sua adaptação transcultural para o português e contexto hospitalar brasileiro respondido pelos profissionais convidados. O pesquisador, igualmente, compromete-se em manter o sigilo dos dados coletados e que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos participantes.

Declara que irá cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

São Luís, 04 de Setembro de 2017.

Danyellen Castro Veloso

34

Assinatura do pesquisador responsável

999.694.913-

CPF

ANEXO E - DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

Declaro para os devidos fins que a responsabilidade financeira para a execução do projeto de pesquisa *Conhecimento sobre cultura de segurança do paciente e implementação de medidas para a sua melhoria em uma unidade de saúde de São Luís* é de inteira responsabilidade do(s) pesquisador(es) garantindo não haver utilização de outros recursos financeiros.

São Luís, 04 de Setembro de 2017 .

*Danyellen Castro Veloso* 999.694.913-34  
Assinatura do pesquisador responsável CPF

## ANEXO F - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº466 de 12 de dezembro de 2012. Estou ciente das etapas da pesquisa intitulada *Conhecimento sobre cultura de segurança do paciente e implementação de medidas para a sua melhoria em uma unidade de saúde de São Luís* e de minhas responsabilidades na equipe executora deste presente projeto de pesquisa, além compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Por ser expressão da verdade,

São Luís, 04 de Setembro de 2017.

*Danyellen Castro Veloso* 999.694.913-34

Assinatura do coordenador da pesquisa

CPF

## ANEXO G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado(a) Conhecimento sobre cultura de segurança do paciente e implementação de medidas para a sua melhoria em uma unidade de saúde de São Luís, conduzida pela pesquisadora DANYELLEN CASTRO VELOSO para obtenção do grau de mestre em Educação para a Saúde. Este estudo tem por objetivo principal a identificação e o aprimoramento do conhecimento da equipe funcional sobre cultura de segurança. Você foi selecionado(a) por pertencer ao quadro de profissionais atuantes (escalados) na clínica cirúrgica do hospital Socorrão I. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder fielmente ao questionário intitulado Pesquisa sobre Segurança do Paciente. Em momento posterior serão realizadas atividades de cunho educativo voltadas à cultura de segurança, orientadas por esta pesquisadora. O participante não será remunerado ou incumbido de gastos e caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido. Durante a sua participação aspectos desagradáveis de seu relacionamento podem ser evocados, além de cansaço ou aborrecimento ao responder questionários e constrangimento ao se expor durante a realização das atividades estabelecidas, desse modo serão adotados horários e ambientes que proporcionem maior conforto à execução.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se compromete em tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados, tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

Como benefício à sua participação, há possibilidade de aumento do conhecimento pessoal sobre as questões de cultura de segurança, com possível aumento da adesão de práticas assistenciais mais seguras e posteriormente benefício à sociedade.

Em caso de necessidade, você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo e-mail danyis02@hotmail.com ou pelo telefone (98)988080104 em situações ou horários emergenciais. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário (CEP- HUUFMA) pelo telefone (98)2109-1250 ou pessoalmente pelo endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP- 65.020-070. Destaca-se que os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Depois de lidos os esclarecimento acima, eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, declaro-me ciente e de pleno acordo em participar voluntariamente do estudo, sabendo que os resultados obtidos farão parte do trabalho de Mestrado de Educação para a Saúde da Escola Superior de Educação e Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Coimbra, sob a supervisão do professora orientadora Doutora LÚCIA SIMÕES COSTA, tendo assinado o presente termo em duas vias de igual teor, das quais recebi uma.

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_