

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
FACULDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DO PARÁ

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL DA AERONÁUTICA DE BELÉM**

Raísa Lamara Cruz dos Santos
Robert Cutrim Furtado Junior

Belém – 2017

Raísa Lamara Cruz dos Santos

Robert Cutrim Furtado Junior

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL DA AERONÁUTICA DE BELÉM**

Monografia de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção de grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Orientadora:

Prof.^a Ms. Leonita Barradas Ribeiro

Belém – 2017

**RAÍSA LAMARA CRUZ DOS SANTOS
ROBERT CUTRIM FURTADO JÚNIOR**

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ORGANIZAÇÃO
HOSPITALAR DO HOSPITAL DA AERONÁUTICA DE BELÉM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção de grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Aprovada em: ___/___/____. Por:

Conceito: _____

Dedico este trabalho a Deus, que nunca me faltou e me permitiu chegar até aqui. Aos meus pais, José e Raylenne, por todo o esforço para que essa conquista se concretizasse. À minha dupla do TCC, Robert Cutrim, por aguentar toda essa turbulência ao meu lado, sem que nos desentendêssemos uma vez sequer. E aos meus amigos por serem a luz e a calma que me ajudaram a caminhar nesses seis anos de curso. Meu amor por vocês é infinito.

Raísa Lamara Cruz dos Santos

Dedico este trabalho à Universidade Federal do Pará, seu corpo docente, direção e administração, que nos deu a oportunidade de descobrir muito além do que a Medicina nos ensinaria. Aos meus familiares, meus amigos da CAP, minha namorada, minha dupla do TCC, à nossa Orientadora, Dra. Leonita Barradas, e a todos que contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Robert Cutrim Furtado Junior.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Pará, por ser nossa casa nestes longos seis anos.

À Dra. Leonita Barradas Ribeiro, por toda a paciência e delicadeza durante a orientação deste trabalho. Certamente, não teríamos concretizado este feito sem sua disciplina,

Aos profissionais de saúde do Hospital da Aeronáutica de Belém, que dedicaram seu tempo para a resolução do questionário desta monografia,

Aos nossos mestres da Faculdade de Medicina da UFPA, que, sem seus ensinamentos, não teríamos capacidade de realizar este trabalho,

A todos os “anônimos” que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização desta pesquisa.

Seu trabalho vai preencher uma parte grande da sua vida, e a única maneira de ficar realmente satisfeito é fazer o que você acredita ser um ótimo trabalho. E a única maneira de fazer um excelente trabalho é amar o que você faz.

(Steve Jobs)

RESUMO

A ideia de cultura de segurança do paciente vem se disseminando e recebendo cada vez mais atenção no campo das organizações da saúde, sendo um dos requisitos essenciais para a melhoria da qualidade do cuidado com o paciente. Apesar de se tratar de um tema bastante relevante e atual, este não vem sendo muito abordado nas instituições de saúde do Brasil. Diante da escassez de estudos específicos relacionados ao tema voltados a estas instituições, e importância da promoção de uma cultura de segurança nestas, propõem-se então um estudo que busque obter dados e evidências que apontem como a prática de segurança de saúde vem sendo aplicada nestes locais, além de avaliar o desempenho da atividade em diferentes setores da instituição, a harmonia entre os profissionais de saúde e o conhecimento de cada profissional acerca da temática da segurança do paciente afim de assegurar que existe realmente uma cultura de segurança favorável ou possíveis falhas que possa, ser corrigidas em prol da melhoria do déficit na segurança do paciente. Deste modo, tratar-se-á de um estudo epidemiológico transversal do tipo survey, de natureza descritiva e corte-transversal, realizado no Hospital da Aeronáutica (HABE), com profissionais de saúde que trabalham no Hospital da Aeronáutica de Belém, por meio da aplicação do questionário auto administrado HSOPSC adaptado à realidade brasileira.

Palavras-chave: saúde, atendimento, segurança do paciente.

ABSTRACT

Through this, the idea of patient safety culture has been spreading and receiving more and more attention in the field of health organizations, being one of the essential requirements for improving the quality of patient care. Although it is a very relevant and current issue, it has not been much approached in Brazilian health institutions. Faced with the scarcity of specific studies related to the theme addressed to these institutions, and the importance of promoting a safety culture in these, we propose a study that seeks to obtain data and evidence that point out how the practice of health security has been applied in these Assessment of the performance of the activity in different sectors of the institution, the harmony among health professionals and the knowledge of each professional about the subject of patient safety in order to ensure that there is in fact a favorable safety culture or possible flaws that Can be corrected in favor of improving the patient's safety deficit. Thus, a cross-sectional, cross-sectional descriptive and cross-sectional epidemiological study will be carried out at the Aeronautical Hospital (HABE), with health professionals working at the Aeronautics Hospital of Belém, through the Application of the self-administered HSOPSC questionnaire adapted to the Brazilian reality.

Key words: health, care, patient safety.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
Objetivos	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3. MATERIAL E MÉTODOS	51
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	53
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	69
ANEXO I – QUESTIONÁRIO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC)	72

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado de saúde em todo o mundo, visto que constitui globalmente um grave problema de saúde pública. Estimativas de países desenvolvidos indicam que pelo menos um em cada dez pacientes que recebem cuidados assistenciais hospitalares sofre danos ou lesões decorrentes dos mesmos, denominados eventos adversos.

As consequências desses eventos podem ser graves ou fatais, e extremamente dispendiosas para suas vítimas e para os sistemas de cuidados de saúde. Por consequência, cresce o reconhecimento da classe médica e de gestores da saúde sobre a importância da segurança do paciente e sobre a necessidade de se buscar melhorias nos sistemas de prestação de cuidados de saúde, voltadas à prevenção de erros, ao aprendizado a partir dos erros ocorridos, e para a promoção de uma cultura de segurança que envolva os profissionais de saúde e a organização como um todo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009).

A magnitude do problema, a nível hospitalar, foi evidenciada pelos resultados do *Harvard Medical Practice Study* (Brennan *et al.*, 1991; Leape *et al.*, 1991), onde a frequência dos danos sofridos pelos pacientes em decorrência do tratamento médico em hospitais americanos foi sistematicamente investigada. A estimativa da incidência de eventos adversos foi de 3,7% do total de internações, sendo que 13,6% desses eventos evoluíram para óbito. Os pesquisadores revelaram que mais da metade dos eventos adversos poderiam ter sido evitados.

Posteriormente, a publicação do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) intitulada "*To err is human*" (Kohn *et al.*, 1999) alertou o público sobre os riscos decorrentes do moderno cuidado de saúde. A mesma chamou a atenção das instituições de saúde para a importância de se considerar a aplicação de técnicas de segurança adotadas em outras indústrias, tais como as de alto risco, cujo foco primário está no sistema, ao invés de nos indivíduos; e ainda, enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança a nível

organizacional, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar.

Desde então, partilhar uma cultura de segurança positiva nas instituições de saúde emerge como um dos requisitos essenciais para reduzir a ocorrência de eventos adversos tal quanto possível, por meio do aprendizado proativo a partir dos erros, e redesenho dos processos, para fins de evitar a ocorrência de erros ou incidentes (Handler *et al.*, 2006).

A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura (Health and Safety Commission, 1993). O primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança efetiva em uma organização de saúde é avaliar a cultura corrente (Pronovost *et al.*, 2004). A partir dessa avaliação, tem-se acesso às informações dos funcionários a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções (Sorra & Nieva, 2004).

Uma variedade de instrumentos com diferentes características estão disponíveis para avaliar a cultura de segurança do paciente em serviços de saúde (Halligan & Zecevic, 2011). Um questionário, intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (Sorra & Nieva, 2004) desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), tem sido amplamente utilizado nos EUA (Sorra *et al.*, 2008) e Inglaterra (Handler, 2006). Ele é considerado um instrumento válido, confiável, eficiente e um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para mensurar cultura de segurança do paciente (Flin *et al.*, 2006; Colla *et al.*, 2005; Jackson *et al.*, 2010).

Há uma série de razões para uma organização hospitalar utilizar questionários para avaliar questões relacionadas à cultura de segurança: questionários podem ser utilizados como uma ferramenta diagnóstica para auxiliar na identificação de áreas as quais necessitam melhorias; são muito adequados para avaliar iniciativas de segurança do paciente, avaliam mudanças ao longo do tempo e fazem comparações com referências de dados externos (Nieva & Sorra, 2003).

No Brasil, uma versão do HSOPSC foi traduzida para o português e aplicada aos profissionais de hospitais no estado de São Paulo. Evidenciou-se que as organizações

hospitalares estudadas possuíam uma cultura de ações punitivas frente aos erros (Clinco, 2007).

Em uma iniciativa institucional para avaliar o comportamento dos funcionários em relação à cultura de segurança do paciente, um hospital privado de grande porte também utilizou o HSOPSC como instrumento no Brasil. Os dados obtidos foram comparados aos disponibilizados no banco de dados da AHRQ para instituições de mesmas características e número de leitos (Zimmer *et al.*, 2009).

Nos dois estudos supra-citados, não foram mencionadas a realização de validação transcultural e análises psicométricas das versões do HSOPSC traduzidas para o português.

Para que os resultados obtidos sejam indicadores confiáveis de cultura de segurança para os administradores de saúde, o instrumento utilizado na avaliação precisa alcançar o mais alto padrão de mensuração possível (Flin, 2007).

Este estudo tem como objetivo avaliar a implementação da cultura do paciente entre os profissionais da saúde que atuam no Hospital da Aeronáutica de Belém, buscando comparar tais resultados com os indicadores de eventos adversos ocorridos no referido hospital.

O presente trabalho pretende por meio da apresentação de seus resultados e discussão, enfatizar sobre a importância da temática abordada e de ressaltar medidas que possam diminuir a quantidade de eventos adversos ocorridos durante o atendimento ao paciente, proporcionando uma melhor qualidade do atendimento hospitalar.

No intuito de buscar essa resposta, o tema central deste estudo é verificar como se encontra a realidade da segurança do paciente no hospital da aeronáutica e distinguir em quais setores se faz necessário maior atenção, a fim de que futuramente hospital possa basear suas ações com maior especificidade, visando o propósito em melhorar a atenção direcionada à saúde do hospital.

A cultura de segurança do paciente é um tema relativamente pouco estudado no Brasil, e o aprimoramento desse instrumento somará possibilidades à melhoria da qualidade do cuidado de saúde prestado aos pacientes nas organizações hospitalares.

Objetivos

Geral

Avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar do Hospital da Aeronáutica de Belém.

Específicos

- Classificar sócio demograficamente os participantes;
- Comparar os setores hospitalares do HABE quanto a implementação da cultura do paciente;
- Avaliar o grau apoio da Gestão Hospitalar para a segurança do paciente;
- Avaliar o grau de trabalho em equipe entre as unidades hospitalares do HABE;
- Avaliar a efetividade das passagens de plantão/turno e transferências do HABE;
- Conhecer a percepção dos profissionais sobre o contributo da implementação de normas de qualidade para a segurança;
- Identificar oportunidades de melhorias nas áreas de segurança do paciente.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

São notáveis as iniciativas para o alcance da qualidade e para a promoção da segurança na assistência à saúde visando à otimização dos resultados. Para isso, os hospitais estão incorporando e desenvolvendo uma preocupação com os eventos adversos, devido a busca pela qualidade e a promoção da segurança na assistência à saúde.

Hipócrates é reconhecido como o pai da medicina, e há aproximadamente 2 mil anos atrás escreveu “Nunca causarei dano a ninguém”, quando emitida essa frase não foi possível compreender o sentido no qual a mesma seria aplicada, porém passado o tempo e modificando os cenários da medicina esse mesmo trecho foi traduzido como “Primum non nocere” ou “primeiro não causar dano”. Através dessa fala, tonou-se perceptível um contexto assistencial elementar, haja vista que Hipócrates considerou os atos assistenciais passíveis de equívoco e a segurança do paciente como algo importante. Ao longo dos anos, em 1863, Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, escreveu: “Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes” (WACHTER, 2013).

Os dados da OMS ilustram uma estimativa mundial de 63 milhões de pessoas ao ano que são submetidas a cirurgias por traumas, 10 milhões por complicações obstétricas e 31 milhões para tratamento de patologias malignas (OMS, 2009a).

Estes números comprovam a necessidade de uma assistência em saúde segura e de qualidade, uma vez que frequentemente a cirurgia é o único tratamento que pode aliviar as incapacidades e reduzir o risco de mortes causadas por enfermidades comuns. Não obstante, os procedimentos cirúrgicos tenham a intenção de salvar vidas, a falha de segurança nos processos de assistência cirúrgica pode causar danos consideráveis com implicações significativas para a saúde pública. A cada ano, no mínimo, sete milhões de pacientes sofrem de complicações cirúrgicas e destes, no mínimo, 9 um milhão morrem no trans ou pós-operatório (OMS, 2009a).

Os eventos adversos sérios relacionados à cirurgia, como: cirurgia realizada em local errado, cirurgia realizada em paciente errado, procedimento cirúrgico errado, retenção de objeto estranho dentro do paciente após o término da cirurgia e morte no intra-operatório ou pós-operatório imediato, em pacientes classificados como American Society of Anesthesiologists (ASA) I, justificam a implantação de protocolos, por instituições governamentais e privadas, para prevenir os erros e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico (VENDRAMINI, 2010).

O ASA é um critério de classificação do estado físico do paciente cirúrgico para a avaliação pré anestésica adotado pela Sociedade Americana de Anestesiologistas com o intuito de apurar sua mortalidade (DUARTE, FERREIRA, 2006; apud CORREGGIO, 2012).

Este problema de segurança cirúrgica vem se expandindo mundialmente e pode ser atribuído ao déficit de infra-estrutura e de materiais, à qualidade das medicações, aos problemas administrativos das instituições e dificuldade no controle das infecções, educação em serviço insuficiente e déficit de recursos financeiros. Por isso, um movimento global realizado pela OMS tem o intuito de abranger todos estes sistemas visando assistência cirúrgica mais segura para salvar vidas de milhões de pessoas pelo mundo ao propor um plano intervencionista. (OMS, 2009a).

As intervenções utilizadas pela OMS para melhorar a segurança cirúrgica, com redução do número de mortes e de complicações associadas incluem o fornecimento de informações sobre a função e os padrões de segurança cirúrgica em saúde pública aos médicos, administradores hospitalares e funcionários públicos de saúde; determinar o mínimo de medidas uniformes ou de indicadores cirúrgicos, para a vigilância nacional e internacional da assistência à saúde; identificar um conjunto simples de padrões de segurança que possam ser usados em todos os países e cenários e que sejam reunidos em uma lista de verificação de segurança cirúrgica para uso nas salas operatórias; testar esta lista e as ferramentas de vigilância em sítios-piloto em todas as regiões da OMS e distribuí-la mundialmente para os hospitais (OMS, 2009a).

Segundo a Classificação Internacional para Segurança do Paciente (ICPS) da OMS, segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao paciente associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009). É um princípio fundamental do cuidado do paciente e um componente crítico do gerenciamento da qualidade (DAL SASSO, BARBOSA, 2010).

A segurança é um dos critérios básicos para a garantia da qualidade da assistência ao paciente, sendo fundamental adotar estratégias para reduzir os erros e eventos adversos nas instituições de saúde. Estes erros podem ser prevenidos através da implantação de medidas simples e seguras que precisam ser divulgadas e adotadas (VENDRAMINI, 2010).

Ainda são limitados a compreensão e o conhecimento dos conceitos essenciais utilizados na área da segurança do paciente. Assim, descreveremos alguns desses conceitos para melhor esclarecimento acerca da ciência da segurança. Dano associado ao cuidado de saúde é o dano surgido por ou associado a planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde ao invés de uma doença de base ou lesão (SILVA, 2009).

Erros – no processo de cuidado podem resultar em graves prejuízos, levando inclusive as pessoas à morte (WHO, 2005 apud SILVA, 2009). Erros médicos podem ser considerados o fracasso de uma ação planejada, intencional ou não, ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo. Erro de execução é quando uma ação planejada não é executada, é intencional. Erro de planejamento é o uso de um plano errado para atingir um objetivo. Erro de omissão é quando algo que deveria ser feito não foi feito. Erro de comissão é realizar algo errado. Erros são fracassos do sistema incluindo limitações humanas, organizacionais e técnicas de desempenho, havendo ou não consequências adversas (ILAN et al, 2005, apud SILVA, 2009).

Incidentes ou quase-perdas são complicações decorrentes do cuidado à saúde que não acarretam lesões mensuráveis ou prolongamento do tempo de internação (PAIVA, PAIVA, BERTI, 2010).

Evento sem dano é um evento que ao acontecer não resulta em dano real, embora o potencial para o dano possa estar presente. A falta do dano pode ser devida a uma robusta fisiologia humana ou pura sorte (QUINTO NETO, 2006, CORREGIO 2012).

Quase-acidente é um evento em que as consequências indesejáveis foram revertidas porque se descobriu com antecedência e se corrigiu a falha, planejada ou não planejada (QUINTO NETO, 2006, CORREGIO 2012).

Eventos adversos são injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito (PAIVA, PAIVA, BERTI, 2010); é o resultado ruim do cuidado, é uma ocorrência que acontece durante o cuidado à saúde e que pode resultar em injúria, dano físico ou psicológico para o paciente, ou dano para a missão da organização (NETO, 2006, CORREGIO 2012).

A cultura de segurança é conhecida como um novo método de pensar e agir em um determinado local diante da ocorrência ou da prevenção de eventos adversos, visando à segurança do paciente. É definida como “resultado das atitudes, percepções, competências, padrões de comportamento e valores de um grupo que irão determinar o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde e de uma gestão de segurança.” (SEXTON et al, 2006, p.2, , CORREGIO 2012)

Silva (2009) concorda com a mudança cultural acerca da segurança do paciente afirmando ser crucial a implantação de medidas eficientes para prevenir e reduzir os riscos e eventos adversos. Quês, Montoro e González (2010) citam a adequação ao novo processo de trabalho e maior conscientização por parte dos profissionais da saúde como algumas destas medidas, assim como a revelação de eventos adversos sem punição ao profissional.

Deste modo, tem se percebido que o cuidado com a segurança do paciente é alvo de atenção há algum tempo, inclusive pode-se afirmar que perpassa por várias gerações. Ernest Codman, um cirurgião de Boston, em 1911, estudou casos de pacientes que incluíam falhas

ocorridas no tratamento. Porém, foi após a criação da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), em 1918, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, que surgiu o primeiro trabalho: Diseases of Medical Progress. Este trabalho mostrou a prevalência e evitabilidade de doenças iatrogênicas, tidas como o resultado de um procedimento ou uma ocorrência prejudicial, que não foi uma consequência natural da doença do paciente (WACHTER, 2013).

Já em 1990, o psicólogo britânico James Reason, publicou sobre esse assunto através de um livro, no qual intitulou Human Error e abordou sobre a segurança do paciente, buscando definir o erro como a incapacidade de uma ação planejada ser concluída ou entendida (erro de execução) ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (erro de planejamento) (REASON, 2009).

Através desta publicação buscou-se uma mudança definitiva na ocorrência de erros, tendo em vista que o principal assunto foi voltado para a forma como o erro seria abordado, o que será tratado mais à frente. Outras evidências da ocorrência de eventos adversos começaram a surgir, como a publicação de um importante estudo realizado em Harvard, em 1991, através da análise retrospectiva de prontuários de pacientes.

Através deste estudo, das 30.121 admissões em 51 hospitais de Nova Iorque, foi encontrada uma taxa de 3,7% de eventos adversos com drogas, que levaram ao prolongamento da estadia hospitalar ou produziram sequelas nos pacientes, sendo 69% causados por erro médico e 14% fatais (BRENNAN et al., 1991, , CORREGIO 2012).

Realizado na comunidade americana, este estudo ficou reconhecido de forma muito impactante no período em que fora aplicado, haja vista falta de percepção dos números que abarcavam genericamente essa insegurança.

No ano de 1996, a American Medical Association (AMA) anunciou a formação da National Patient Safety Foundation (NPSF) com o objetivo de garantir que os pacientes e aqueles que cuidam deles estejam livres de danos (NPSF, 2015). Entretanto, foi na virada deste século, que

um esforço sistemático para melhorar a segurança do paciente começou, impulsionado pela publicação do relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IoM), intitulado "Errar é humano ". Em 1999, este relatório trouxe à tona a questão dos eventos adversos (EA) e da segurança do paciente, resultando em maior atenção da mídia e dos profissionais de saúde de todo o mundo. Destacava que cerca de 44 mil a 98 mil pessoas morriam todos os anos, nos Estados Unidos, vítimas de erros médicos e que 7 mil destes casos estavam relacionados aos erros com medicação (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 2000, apud NPSF, 2015).

A partir dessa, outras ações para melhoria da segurança do paciente vêm sendo desenvolvidas por diversos governos ou através de iniciativas independentes. Em alguns países, foram criadas agências especializadas com o objetivo de estudar e propor medidas de melhoria, das quais são exemplos: a National Patient Safety Agency no Reino Unido (NPSA, 2015); a Danish Society for Patient Safety, na Dinamarca (DSPS, 2015); e a Australian Patient Safety Foundation, na Austrália (APSF, 2015).

Nos EUA, a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) foi criada com a missão de melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade do cuidado à saúde para os americanos (AHRQ, 2015).

Em 2002, diante da repercussão internacional do tema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho com o intuito de estudar metodologias para avaliar os riscos para a segurança do paciente nos serviços de saúde de forma sistemática, com foco em metodologias que avaliaram a natureza e a magnitude do agravo causado pelos EAs (WHO, 2009a).

Um momento muito importante para a segurança do paciente foi a criação pela OMS da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, por meio de resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde em 2004. Nesta assembleia, recomendou-se aos países membros atenção ao tema Segurança do Paciente e, desde então, tem sido prioridade na agenda política dos Estados-Membros da OMS (ANVISA, 2011; BRASIL, 2013; WHO, 2013a).

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente visa socializar os conhecimentos e as soluções encontradas, conscientizar e conquistar o compromisso político, lançando programas, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos e realizando campanhas internacionais que reúnam recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (ANVISA, 2011; WHO, 2013a).

A OMS acrescenta que um dos elementos centrais desta Aliança é o Desafio Global, que lança a cada período um novo desafio, ou seja, um tema prioritário e as ações necessárias para minimização de risco de dano desnecessário ao paciente relacionadas a este tema, para adoção pelos Estados Membros da OMS (WHO, 2008).

Outra ação da OMS, com o objetivo de ajudar na redução do número de vítimas de danos relacionados com os cuidados de saúde e visando aumentar a segurança do paciente, foi o lançamento, em 2007, das “Nove soluções para a segurança do paciente”. São baseadas em intervenções e ações que reduziram os erros médicos mais comuns em alguns países e abordam o seguinte: os problemas de nomes de medicação com grafia e pronúncia semelhantes; a identificação de pacientes; a comunicação durante transferência de pacientes; a execução de procedimento correto no local correto do corpo (lateralidade); o controle de soluções com eletrólitos de alta concentração; a garantia da precisão da medicação durante a transição dos cuidados; a prevenção de erros na conexão de cateteres e tubos; o uso único de dispositivo para injeção; e a melhoria na adesão à higienização das mãos para prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde. Desta forma, oferecem um importante recurso na prevenção de mortes e lesões evitáveis (WHO, 2007).

Como resposta aos fatos e consequências de erros humanos, a OMS lançou, em 2011, as seis metas internacionais para a segurança do paciente, com a finalidade de promover melhorias específicas em áreas problemáticas da saúde, descrevendo soluções baseadas em provas e especialistas na área. São elas: 1. Identificar os pacientes corretamente; 2. Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; 3. Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (high-alert medications); 4. Assegurar cirurgias com local de

intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e 6. Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas. A quarta edição do “Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital”, que contém os padrões internacionais para a acreditação hospitalar, no capítulo que se refere aos Objetivos Internacionais para a Segurança do Paciente (International Patient Safety Goals - IPSG), traz estas metas para adoção pelas instituições que buscam a certificação (JCI, 2013b).

Reconhecendo que os eventos adversos relacionados a drogas e erros de medicação podem causar significativas repercussões econômicas e à saúde, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, o Programa de Segurança do Paciente da OMS lançará o Terceiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, com foco na segurança de medicamentos (WHO, 2013c).

Todas estas iniciativas citadas até o momento foram criadas com o propósito de tornar a Segurança do Paciente uma realidade e, ao longo do tempo, têm sido crescentes as iniciativas mundiais no sentido de ampliar e criar políticas que promovam a segurança nos serviços de saúde. No Brasil, Estado-membro da OMS, várias ações também têm sido desenvolvidas pautadas neste tema e, seguindo a tendência mundial, foram publicados estudos na área de segurança do paciente.

Em 2000, Carvalho e Cassiani (2000) levantaram os episódios de erros de medicação em uma instituição hospitalar, envolvendo as situações relatadas pela equipe de enfermagem a respeito da ocorrência de incidentes. Este estudo identificou quatro categorias de situações de riscos que conduziram a erros na administração de medicamentos: falha no cumprimento de políticas e procedimentos, falha no sistema de distribuição e preparo dos medicamentos pela farmácia, falha na comunicação e falha no conhecimento (MILAGRES, 2015).

Em 2004, outro estudo foi realizado, agora sobre a ocorrência de erros médicos, baseados nos aspectos éticos e nos processos instaurados no Conselho Regional de Medicina

do Estado de São Paulo. As razões mais frequentes dos processos foram relacionadas às condutas ético-profissionais e negligência, imperícia, imprudência, sendo as principais especialidades envolvidas Ortopedia e Traumatologia e Cirurgia Geral, portanto, mais frequentes nas especialidades cirúrgicas (MACRI et al, 2004, apud, MILAGRES, 2015).

Em 2009, Mendes et al (2009) pesquisaram a ocorrência de eventos adversos em três hospitais do Rio de Janeiro, utilizando como metodologia a revisão retrospectiva de prontuários, sugerindo que os EAs evitáveis representam um sério problema para o cuidado hospitalar no Brasil, uma vez que foi encontrada uma incidência de eventos adversos de 7,6%. Outros estudos foram e ainda têm sido realizados para dimensionar a qualidade da segurança do paciente.

No Brasil, a agência governamental que atua na área de segurança do paciente é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada em 1999, com a finalidade de promover a proteção da saúde da população. Desenvolve ações 22 visando à segurança do paciente e à melhoria da qualidade em serviços de saúde, consonantes com as previstas pela OMS, e vem instituindo uma sequência ordenada de atividades, baseadas nos desafios globais (ANVISA, 2011).

Uma de suas iniciativas foi a criação, em 2001, da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, com a finalidade de estimular os hospitais a notificar os eventos adversos relacionados a produtos para a saúde, através do Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), e fomentar a autoidentificação de riscos hospitalares, a análise da causa da ocorrência e as providências para a correção de falhas nos processos. Desta forma, busca promover o fortalecimento das ações de vigilância sanitária e a busca contínua de uma gestão do risco sanitário a contento, com o desenvolvimento da qualidade e do aprimoramento de práticas seguras nos serviços de Saúde.

Por este motivo, foi criado o cargo de gerente de risco, responsável pela farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e vigilância de saneantes na instituição em que trabalha. Esta Rede Sentinela trabalha com a gestão de risco sobre três pilares: busca ativa

de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde (ANVISA, 2014; BRASIL, 2014).

Seguindo diretrizes da OMS, a ANVISA, desde 2002, vem apoiando iniciativas para a promoção do uso racional de medicamentos no Brasil e, no ano de 2007, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e com a Coordenação Geral dos Laboratórios de Saúde Pública, criou a Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana (Rede RM). O objetivo é tornar a assistência à saúde mais efetiva por meio do uso adequado de antimicrobianos e da detecção, prevenção e controle da resistência microbiana em serviços de saúde (ANVISA, 2015).

Com o intuito de participar da Rede Sentinela, ficou estabelecido a partir de 2011, que as instituições necessitam criar uma gerência de risco e apresentar uma política de gestão de risco que descreva estratégias para a identificação, a avaliação, o monitoramento e a comunicação de riscos. Além disso, devem demonstrar como ocorre a integração da sua gerência de risco com outras instâncias que lidam com risco nas instituições, tais como, comissões de controle de infecção, núcleos de epidemiologia e de qualidade, entre outras (BRASIL, 2014).

Esta gerência de risco é responsável por fazer o elo entre a Anvisa e a instituição de saúde, garantindo que a política de gestão de risco seja aplicada. No ano de 2013, no Brasil, o Ministério da Saúde deu mais alguns passos importantes visando à melhoria das iniciativas voltadas para a segurança do paciente nas instituições de saúde brasileiras. Em abril de 2013, instituiu, pela Portaria n. 529, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo geral de “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional”.

No artigo 3º, define como objetivos específicos promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e

difundir conhecimentos sobre o tema; e estimular a inclusão do tema no ensino técnico, graduação e pós-graduação em saúde (BRASIL, 2013a).

Em julho de 2013, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36 da Anvisa, o Ministério da Saúde também instituiu ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

E, em setembro de 2013, com a Portaria n. 2.095, aprovou os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, a saber: Protocolo de Prevenção de Quedas; Protocolo de Identificação do Paciente e Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Estes protocolos têm a finalidade de instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional (BRASIL, 2013c).

Algumas iniciativas independentes aconteceram no Brasil e uma destas foi a criação, em 2009, do Proqualis, vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz. Conta com o financiamento do Ministério da Saúde e está voltado para a produção e disseminação de informações e tecnologias em qualidade e segurança do paciente, objetivando ser fonte permanente de consulta e atualização para os profissionais de saúde, por meio de divulgação de conteúdos técnico-científicos, selecionados a partir da relevância, qualidade e atualidade (TRAVASSOS, 2013).

Por todas as suas características, a gestão de riscos auxilia os tomadores de decisão a fazer escolhas conscientes, priorizar ações e distinguir entre formas alternativas de ação. É interativa e capaz de reagir a mudanças, pois, na medida em que acontecem eventos, o contexto e o conhecimento modificam-se, o monitoramento e a análise crítica são realizados, novos riscos podem surgir, alguns podem se modificar e outros desaparecer.

Porém, para ser eficaz, convém que seja incorporada em todas as práticas e processos da organização, de forma que seja sistemática, pertinente, eficaz e eficiente, e que o processo de gestão de riscos se torne parte integrante desses processos organizacionais, alinhado ao planejamento estratégico da instituição (ABNT, 2010).

Severo (2010) afirma que gerenciar riscos em hospitais ou qualquer outro serviço de assistência à saúde está intimamente relacionado ao processo de promoção e educação em saúde, direcionado aos profissionais e às comunidades em geral.

Corroborando, Feldman (2009) salienta que, para o desenvolvimento da gestão de risco, é fundamental a sensibilização e envolvimento de todos no processo. Apesar de a infraestrutura de instrumentos, papéis e modelos ser de grande valia, eles não bastam, sendo necessário que todo ambiente seja preparado. Isso pode ser alcançado através de treinamentos que estimulem o caráter educativo da gestão de riscos, ou seja, aprender com os erros, uma vez que o clima estará focado na melhoria e não na punição.

Nos Estados Unidos foram constatados 98 mil óbitos por ano, conseqüentes de eventos adversos. Com isso, no ano de 2000 a segurança do paciente foi incorporada à agenda de pesquisas, e logo em seguida, no ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu uma Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de priorizar e identificar a segurança na assistência à saúde (KOHN et.al, 2000 apud MILAGRES, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde a segurança do paciente é uma prioridade na gestão de eventos e riscos que o paciente corre em uma unidade hospitalar, com o intuito da minimização destes e a implantação de diretrizes e protocolo, foi desenvolvida a Portaria nº 529, de Abril de 2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, visando a qualificação e a segurança nos estabelecimentos de saúde.

Segundo Pornovost et al. para uma cultura de segurança é necessário iniciar um planejamento de ações que busquem mudanças e avaliem a cultura corrente no ambiente hospitalar.

As instituições de saúde precisam se adequar a implantação de protocolos voltados para a assistência que será prestada ao paciente, para que se concretize a minimização de agravos à saúde dos clientes, buscando uma inovação do cuidado e uma melhoria na qualidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em documento publicado em 2009, segurança do paciente é uma relação de minimização de riscos e de danos que possam ocorrer no ambiente hospitalar que são classificados como eventos adversos.

Como componente do pilar da qualidade, a segurança do cliente vem ganhando uma proporção entre os gestores e os profissionais de saúde que buscam se aperfeiçoar e sendo assim oferecem uma assistência segura.

Promover a cultura da segurança no sistema de saúde é um fenômeno complexo. Reconhecer sua importância e o impacto da cultura de segurança nas organizações é imperativo para desenvolver qualquer tipo de programa de segurança. O entendimento das sete subculturas facilita o processo de implantação de uma cultura de segurança e qualidade nas instituições e direciona profissionais para um possível caminho de sua implantação (ANVISA,2007).

Em anos recentes, a segurança do paciente tem recebido ênfase internacional, como um problema inerente ao moderno sistema de cuidados de saúde², mas a relação entre os processos de cuidados de saúde e os resultados provenientes dos mesmos não constitui um dilema simplesmente associado aos avanços tecnológicos.

Em 1854, durante a guerra da Criméia, Florence Nightingale colheu dados sobre a mortalidade de soldados, e percebeu que muitos deles estavam morrendo por complicações patológicas evitáveis adquiridas no hospital, com uma taxa de mortalidade mais elevada do que a que estava ocorrendo entre os soldados nos campos de batalha. Após introduzir ações para melhorar a higienização e a padronização dos cuidados de saúde, Florence conseguiu reduzir a taxa de mortalidade entre os soldados no hospital (Shell & Karen, 2008).

Posteriormente, Ernest Codman, cirurgião americano, formulou a proposta “The End Result System Standardization”, uma iniciativa inovadora no sistema de gerenciamento de resultados que propunha um sistema de padronização para os cuidados hospitalares, visando a melhoria dos resultados. Em sua proposta, o hospital deveria acompanhar o paciente tempo suficiente para determinar se o tratamento alcançara seus resultados. Caso contrário, o hospital

deveria investigar as causas e corrigir as falhas para obter sucesso no futuro. Ele acreditava, naquela época, que a obediência a padrões relevantes aumentaria a probabilidade de resultados positivos para os pacientes. Em 1918, o Programa de Padronização de Hospitais (Hospital Standardization Program) foi adotado pelo Colégio Americano de Cirurgiões (American College of Surgeons), (Donahue & O’Leary, 2000; apud MOURA, 2016)

Na primeira metade do século XX, após a II Guerra Mundial, Edward Deming e Joseph Juran desenvolveram no Japão a Teoria da Melhoria Contínua da Qualidade, cujos princípios de procura contínua por oportunidade de melhoria de todos os processos na indústria, denominado Qualidade Total, foram estendidos posteriormente ao setor saúde por Berwick (1989) (MOURA, 2016).

Na segunda metade do século XX, a abordagem sobre qualidade do cuidado de saúde emergiu nos Estados Unidos da América (EUA) a partir do trabalho de Donabedian (1980). Segundo esse autor, a avaliação da qualidade é o julgamento a respeito do processo de cuidado, baseado na medida do quanto este contribui para resultados desejáveis. Inspirado na teoria dos sistemas, ele definiu um modelo para avaliar o cuidado em saúde conhecido pela tríade “estrutura – processo – resultado”, propondo ainda uma padronização de conceitos e nomenclatura. A “estrutura” inclui a infra-estrutura física e os sistemas de apoio, a engenharia biomédica, a forma como os serviços são organizados no que diz respeito a recursos humanos, escalas de serviço e disponibilidade de equipamentos e suprimentos necessários; o “processo” refere-se ao cuidado ao paciente, à fidelidade com que os protocolos e intervenções são realizadas

– como a estrutura é usada dentro do sistema; e o “resultado” diz respeito ao impacto desses processos sobre o estado de saúde do paciente e para a organização (Donabedian, 1980; apud MOURA, 2016).

A partir daí, surgem diversos conceitos de qualidade em saúde relacionados à prestação de cuidados e aos serviços de saúde. Embora a literatura apresente diversas definições

(Blumenthal, 1996) pode-se considerar a formulada pelo Institute of Medicine (IOM) como a mais frequentemente empregada; essa organização define qualidade do cuidado de saúde como o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente (Kohn et al., 1999). Ao longo do tempo, os atributos ou dimensões que conformam definições complexas do termo qualidade do cuidado foram revistos e ampliados (Gomes, 2008).

Os estudos com enfoque na cultura organizacional tiveram seu ápice na década de 80 do século XX. Incorporados à Teoria das Organizações, às análises administrativas e ao cotidiano das empresas, esses estudos passaram a ser frequentes, visto que os aspectos culturais são imprescindíveis em qualquer tipo de análise e prática organizacional (Freitas, 1997 apud MOURA, 2016).

Uma organização consiste em um agrupamento de pessoas que se reúne de forma estruturada, deliberada e em associação, traçando metas para alcançar objetivos planejados e comuns a todos os seus membros (Lacombe & Heilborn, 2003; apud GOMES, 2008).

A natureza das relações vivenciadas dentro da organização e o modo pelo qual as pessoas se relacionam podem ser considerados o capital social da organização, sendo sua cultura o elemento mais importante (Goffee e Jones, 1998 apud GOMES, 2008).

O crescente interesse pela cultura organizacional na literatura sobre organizações deu-se a partir da percepção de que as teorias existentes não dispunham de instrumentos e métodos que permitissem compreender a natureza complexa das organizações, particularmente em contextos de mudança, em que se busca melhoria de desempenho ou aumento de competitividade. Nesse contexto, o estudo da complexidade das organizações envolve a compreensão da natureza das relações humanas como base para se conhecer as reações às mudanças dos diferentes grupos que compõem a organização, assim como a dinâmica de relações de poder existentes (Barreiros, 2002 apud GOMES, 2008).

A cultura organizacional é descrita por Schein (1991) como um conjunto de pressupostos básicos que um grupo criou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com problemas de adaptação externa e integração interna. Esses pressupostos, por terem funcionado razoavelmente bem, são considerados válidos e ensinados a novos membros, como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas. Para o autor, a cultura organizacional influencia o caminho através do qual os funcionários aprendem e partilham o conhecimento (GOMES, 2008).

Toda cultura apresenta-se em três diferentes níveis: artefatos, valores compartilhados e pressupostos básicos (Schein, 1992). Os artefatos constituem o primeiro nível da cultura, o mais superficial, visível e perceptível. Os artefatos são as coisas concretas que cada um vê, ouve e sente quando se depara com uma organização. Eles abrangem os produtos, serviços e padrões de comportamento dos membros da organização e se expressam no modo como as pessoas se vestem, se comportam, sobre o que elas conversam e o que elas consideram importante e relevante. Os valores compartilhados, em segundo nível, são valores relevantes que se tornam importantes para as pessoas e que definem as razões pelas quais elas fazem o que fazem. As pressuposições básicas constituem o nível mais íntimo, profundo e oculto da cultura organizacional. São as crenças inconscientes, percepções, sentimentos e pressupostos predominantes e nos quais as pessoas creem. A cultura orienta a maneira de fazer as coisas na organização muitas vezes por meio de pressuposições não escritas nem sequer faladas (GOMES, 2008).

Brown (1998) considera a cultura organizacional e o desenvolvimento de recursos humanos como conceitos interrelacionados. A comunicação, um dos elementos culturais, é vista como um processo (Freitas, 1997). As pessoas interagem por meio de verbalizações e comportamentos não-verbais. Os significados negociados nesse processo tornam-se aceitos e assumidos como verdade. O comportamento que reflete esses significados é transformado em modelo que reforça os valores e crenças dos atores, sendo repassados aos demais (GOMES, 2008).

Segundo Mintzberg (2010), a definição de cultura é debatida interminavelmente pelos antropólogos. Para o autor, a cultura é essencialmente composta de interpretações do mundo e das atividades e artefatos que as refletem. Além da cognição, essas interpretações são compartilhadas coletivamente, em um processo social.

A cultura organizacional é positivamente correlacionada com o comportamento do líder. O líder influencia no desenvolvimento de comportamentos, valores e crenças de seus subordinados, possibilitando o fortalecimento da cultura organizacional (Yafang, 2011). Para Westrum (2004), a ideia subjacente é de que o líder, através de suas preocupações, configure a cultura de uma unidade ou organização. Por meio de ações simbólicas, o líder demonstra suas preferências e comunica o que considera importante. Essas preferências tornam-se as preocupações dos funcionários da organização, visto que poderão representar a concessão de recursos, recompensas ou punições (YAFANG, 2011).

Três diferentes culturas organizacionais são propostas por Westrum (1993): a patológica, a burocrática e a geradora. A fase mais imatura da organização teria uma cultura patológica, onde as falhas são encobertas, a informação ocultada e novas ideias são esmagadas. Há um desencorajamento ativo em compartilhar e aprender com os outros. Uma cultura intermediária, em termos de maturidade, seria a burocrática. Ela desenvolve sistemas para lidar com o fluxo das informações; a informação é coletada, mas pode ser ignorada. Novas ideias são vistas como tentativas de se criar problemas e aprender e partilhar é tolerado, mas não incentivado. Na cultura geradora, a informação é ativamente procurada e os profissionais são treinados para coletá-las. Novas ideias são bem-vindas e mediante a ocorrência de falhas, investigações são conduzidas, ao invés de encobri-las ou buscar o culpado (YAFANG, 2011).

O termo “cultura de segurança” difundiu-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear; uma “cultura de segurança fraca” foi atribuída como principal causa do acidente, de acordo com a *International Atomic Energy Agency* (IAEA). A cultura de segurança foi então conceituada como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais que determinam o estilo, a proficiência e o compromisso da gestão de uma organização saudável

e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e confiança na efetividade de medidas preventivas (Health and Safety Commission, 1993 apud, YAFANG, 2011).

Logo após o acidente de Chernobyl, dois acidentes graves, o *Piper Alpha* e o *King Cross*, relacionaram falhas humanas, administrativas e organizacionais às falhas de cultura de segurança como causas dos acidentes em seus respectivos relatórios (Flin *et al.*, 2000). A partir daí, a cultura de segurança passou a ser discutida por diversas indústrias com a finalidade de melhorar a segurança, especialmente, pelas organizações de alta confiabilidade, conhecidas por serem extremamente seguras e consideradas de alto risco, como a indústria da aviação, da energia nuclear, e de óleo e gás (Cox & Flin, 1998 apud YAFANG, 2011).

No Brasil diversas iniciativas foram criadas com o intuito promover a segurança do paciente. Os órgãos e serviços responsáveis por transfusões de sangue, pelo controle de infecções hospitalares e pelos serviços de anestesia, são pioneiros ao se tratar de medidas de prevenção que garantam a qualidade assistencial. Mais especificamente em 2002, destaca-se a Rede Sentinela, instituições que trabalham com gerenciamento de risco sobre 3 bases: busca ativa e notificação de Eventos Adversos e uso racional das tecnologias em saúde. Como projeto, eram inicialmente voltados para hospitais de média e alta complexidade que pudessem auxiliar na instituição da cultura da Vigilância Pós-uso/comercialização de produtos que estão sob essa vigilância, funcionando como observatório de tecnologias utilizadas para gerenciar riscos. Após a fase do projeto, instaurou-se a Rede Sentinela de forma concreta. Os dados acumulados, experiências vivenciadas, o acúmulo de discussões sobre qualidade assistencial, exigiam uma rede mais ampla, bem estruturada, para que houvesse sustentabilidade das informações acumuladas até o presente momento (BRASIL, 2013)

A World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) foi criada em 2004 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O Brasil é um dos países que a compõe. Desde sua criação, com objetivos como organizar conceitos e definições sobre o tema, tem elaborado programas e diretrizes que visam mobilizar e sensibilizar profissionais da área da

saúde e a população para busca de soluções que promovam a segurança do paciente, divulgando conhecimentos e desenvolvendo estratégias para a mudança do cenário mundial (AVELAR et al, 2010).

Com o objetivo de promover a aprendizagem e a melhoria da Segurança do Paciente em todos os sistemas de saúde foi criada a Classificação Internacional de Segurança do Doente (CISD). A CISD agrupa conceitos de forma harmoniosa, com definições próprias, para facilitar a descrição e interpretação das informações disseminadas (OMS, 2009).

A tipologia tripla de cultura organizacional proposta por Westrum (1993) foi posteriormente adaptada para a cultura de segurança por Hudson (2003) que a estendeu a um modelo de 5 níveis de evolução de maturidade (AVELAR, 2010):

Patológica: a segurança é um problema causado pelos trabalhadores; a preocupação com a segurança traduz-se por não ser pego por agentes reguladores; Reativa: ações corretivas são tomadas após a ocorrência de incidentes; a segurança passa a ser vista como algo sério; Calculada: a segurança é gerenciada administrativamente, através da coleta de dados; melhorias são impostas pelos gerentes; Proativa: funcionários da organização passam a tomar iniciativas para melhoria da segurança; ocorre a melhoria dos processos; Participativa: ocorre a participação ativa dos funcionários de todos os níveis; a segurança é vista como parte inerente ao negócio.

Mais recentemente, o foco na construção de uma cultura de segurança integra a preocupação das organizações que prestam cuidados de saúde. A publicação do *Institute of Medicine To Err is Human* (Kohn et al., 1999) enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança a nível organizacional, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar. A partir desse marco, tem crescido o número de estudos que demonstram a importância da cultura de segurança para a melhoria da segurança do cuidado de saúde (Halligan & Zecevic, 2011).

Nieva e Sorra (2003) adaptaram para o contexto das organizações de saúde o conceito de cultura de segurança do paciente. Ela é descrita pelas autoras como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de

grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância de segurança e efetividade de ações preventivas (Halligan & Zecevic, 2011).

Uma organização com uma cultura de segurança efetiva é aberta e justa com seus funcionários quando incidentes ocorrem; os funcionários sentem-se motivados a relatar o erro; aprende-se com os erros ao invés de culpar os indivíduos, e procura-se olhar para o que deu errado dentro do sistema (Health and Safety Commission, 1993; Cox & Cox, 1991 apud Halligan & Zecevic, 2011).

Segundo a OMS, uma ampla gama de estudos suporta o conceito de que uma condição-chave para a cultura de segurança em organizações de alto-risco, incluindo as organizações prestadoras de cuidados de saúde, reside em um conjunto de crenças compartilhadas que sustentam práticas seguras entre os profissionais que nelas trabalham. Tal cultura é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua e a primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização (WHO, 2009).

A *International Civil Aviation Organization* considera que uma cultura de segurança positiva em uma organização é composta pela postura de seus gerentes seniores e líderes, caracterizada por forte ênfase na segurança, através da disposição em aceitarem críticas, serem abertos a opiniões contrárias, promoverem um clima que incentiva o *feedback*, e valorizando a importância de se comunicar sobre informações pertinentes à segurança.

O *feedback* inclui a comunicação sobre a ocorrência de erros e a descrição dos fatores envolvidos em sua ocorrência. A gestão da organização deve promover regras de segurança realistas e viáveis e garantir que as equipes sejam bem treinadas e educadas sobre as consequências de atos inseguros (Oña, 2012).

Considerando a necessidade de desenvolver ações, estratégias e produtos direcionados aos profissionais, gestores e usuários de saúde sobre a segurança do paciente, que possibilitem minimizar os eventos adversos na atenção à saúde, lança-se em 1º de abril de 2013 a portaria de nº 529 que institui o Programa Nacional de Segurança do paciente (PNSP), tendo como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde que o território nacional inclui (BRASIL, 2013).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (HOTSITE) a qualidade dos atendimentos na área da saúde é crucial para reduzir os danos e controlar os riscos. Dessa forma, um conjunto de ações que se complementem entre si, incluídas as de controle sanitário e regulamentação, são necessárias para identificação da ocorrência de eventos precoces que afetam a segurança do paciente, reduzir danos e evitar riscos futuros. O paradigma da qualidade da atenção nos serviços de saúde brasileiros, cada dia mais, surge como uma exigência da sociedade, reforçada tanto pelos compromissos internos, quanto pelos compromissos externos estabelecidos junto à Organização Mundial de Saúde e da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (ibid).

Dentre esses compromissos há destaque para melhoria da comunicação, transparência de informações, emponderamento e participação dos usuários dos serviços de saúde (ibid). A portaria nº 529 (2013), em seu artigo 3º, delimita os objetivos específicos do PNSP:

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 18 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.

Com o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria dos cuidados de saúde, adota-se a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 36, em julho de 2013, aplicada aos serviços de saúde em geral. Dentro das condições organizacionais está a criação do Núcleo de Segurança do Paciente, já citado anteriormente na portaria de nº529. E em seu artigo 7º trata das competências específicas do NSP, são elas:

Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde; promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas; elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde; analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos; acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Desde 2004, a partir da Aliança Mundial, os países vêm se articulando para cumprir as ações previstas na mesma. A partir disso os países devem efetivar o compromisso político, lançando planos, gerando alertas e realizando iniciativas para garantir a segurança do paciente com base nas metas internacionais estabelecidas (BRASIL, 2011).

Foram estabelecidas treze áreas de ação, segundo a OMS, colocadas na Aliança Mundial, com o objetivo de nortear as atividades, são elas:

Área de ação 1: O Desafio Global para a Segurança do Paciente - pressupõe comprometimento e ações em segurança do paciente para minimização de risco em todos os países. Em 2005, foi lançado o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, focado na prevenção e redução de IRAS, com o tema Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura. Em 2007, o segundo Desafio Global de Saúde do Paciente teve foco na segurança cirúrgica, com o tema Cirurgia Seguras salvam Vidas.

Área de ação 2: Pacientes pela Segurança do Paciente - asseguram que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde do paciente em todo o mundo.

Área de ação 3: Pesquisa em Segurança do Paciente - envolve pesquisas internacionais para o conhecimento da natureza do dano ao paciente e desenvolvimento de ferramentas de prevenção.

Área de ação 4: Taxonomia/Classificação Internacional para Segurança do Paciente - desenvolve um sistema internacionalmente aceito de classificação da informação em segurança do paciente, promovendo efetivo aprendizado global.

Área de ação 5: Relato e Aprendizagem - promovem ferramentas valiosas de notificação, análise, investigação e valiosas de notificação, análise, investigação e abordagens que identificam fontes e causas de riscos, propiciando a realização de ações de aprendizado e prevenção de eventos adversos.

Área de ação 6: Soluções para Segurança do Paciente - tratam de intervenções e ações práticas para prevenção de dano ao paciente.

Área de ação 7: Alto 5S - difunde boas práticas para a mudança organizacional, clínica

e de equipe, como: cuidados no preparo de soluções concentradas de eletrólitos; controle da medicação nas transições de cuidado; realização de procedimentos corretos nos sítios corretos; prevenção de falhas de comunicação durante a passagem de plantão; prevenção e redução de IRAS. Área de ação 8: Tecnologia para segurança do paciente - foca na utilização de novas tecnologias para promoção da segurança do paciente. 20 Área de ação 9: Gerenciando conhecimento - irá reunir e compartilhar conhecimentos sobre a evolução mundial da segurança do paciente. Área de ação 10: Eliminando infecção da corrente sanguínea associada a cateter central - concentrará esforços mundiais para ações de prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em serviços de saúde. Área de ação 11: Educação para cuidado seguro - desenvolve guias curriculares para estudantes da área da saúde, voltados para a segurança do paciente. Área de ação 12: Prêmio de segurança - envolverá prêmios internacionais de excelência no campo da segurança do paciente, impulsionando mudança e melhoria nesta área. Área de ação 13: Checklists para a área da saúde - vem desenvolvendo outras listas de verificação de segurança em serviços de saúde (após averiguação do sucesso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na diminuição da morbidade e mortalidade de pacientes, tais como: check-lists para Influenza A (H1N1), parto seguro e segurança do recém-nascido).

Os funcionários também exercem um papel fundamental na construção da cultura de segurança, por meio de sua compreensão dos riscos do ambiente de trabalho e na realização do trabalho, considerando os parâmetros de segurança estabelecidos para o desempenho de suas funções. O fato dos funcionários dependerem de um sistema de gestão de segurança efetivo é um bom sinal de cultura de segurança positiva, principalmente se há o envolvimento dos funcionários na construção desse sistema (Oña, 2012).

Nos estudos sobre cultura de segurança, observa-se, na literatura, o emprego de diferentes terminologias (Zhang *et al.*, 2002; Flin *et al.*, 2006; Halligan & Zecevic, 2011). O termo “clima de segurança” é utilizado com pouca ou nenhuma diferenciação do termo “cultura de segurança” tanto em estudos com foco nas organizações industriais (Zohar, 1980; Zhang *et al.*, 2002) como naqueles voltados às organizações de cuidados de saúde (Flin *et al.*, 2006; Halligan & Zecevic, 2011). Não é raro o uso de ambos os termos de maneira intercambiável (Cox & Flin, 1998). O termo “clima de segurança” foi primeiramente definido por Zohar como sendo uma síntese das percepções a respeito do ambiente de trabalho que são partilhadas pelos funcionários (Zhang *et al.*, 2002 apud OÑA, 2012).

Posteriormente, Williamson *et al.* (1997) definiram esse termo como um conceito-síntese que descreve a ética da segurança em uma organização ou local de trabalho e que

poderia prever o comportamento dos empregados com respeito à segurança naquele ambiente. Embora seja utilizado em pesquisas como sinônimo de cultura de segurança, o termo clima de segurança é definido como as características superficiais da cultura de segurança, a partir das atitudes e percepções dos indivíduos em um determinado ponto no tempo, ou como os componentes mensuráveis da cultura de segurança (Gaba *et al.* 2003; Colla *et al.* 2005, apud OÑA, 2012).

Ainda que os termos cultura e clima de segurança sejam conceitualmente distintos como descrito acima, eles serão tratados neste estudo como sinônimos em consonância com a literatura na área de segurança do paciente. Especificamente, optou-se pela utilização preferencial do termo cultura de segurança.

O objetivo de intervenções na área de segurança do paciente é reduzir, a um mínimo possível, os riscos de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde prestado. Uma das formas de melhorar a segurança do cuidado de saúde é melhorar o sistema no qual a prestação de cuidados ao paciente está inserida. Sistemas complexos e de alta tecnologia estão sujeitos a raros, mas normalmente catastróficos acidentes organizacionais, em que uma variedade de fatores contribuintes se combina para romper diversas barreiras e salvaguardas (RUNCIMAN *et al.*, 2009).

A OMS conceitua fatores contribuintes ao cuidado inseguro como circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de um incidente; e afirma que um simples incidente de segurança do paciente é tipicamente a consequência da combinação de mais de um fator contribuinte. Os fatores contribuintes aos cuidados inseguros constituem os fatores relacionados aos pacientes (comorbidades, limitações físicas e mentais), fatores humanos (relacionados aos profissionais), fatores relacionados ao sistema (organização, cultura, ambiente de trabalho) e fatores externos à organização (WHO, 2009).

A cultura de segurança é cada vez mais valorizada no âmbito das organizações de

saúde, pois a sustentabilidade de uma cultura de segurança positiva orienta o comportamento dos profissionais de saúde na construção de uma visão de alta prioridade voltada à segurança (Nieva & Sorra, 2003 apud WHO, 2009).

A cultura da culpabilidade preponderante nas organizações de saúde, segundo Leape *et al.* (1998) deve dar lugar a uma cultura voltada à aprendizagem a partir dos erros, onde as informações decorrentes dos mesmos sejam partilhadas. Para isso é fundamental reconhecer a falibilidade humana, conhecer os erros os quais ocorrem no ambiente de trabalho e, a partir daí, possibilitar alterações no delineamento dos sistemas de prestação de cuidados, reduzindo os fatores contribuintes ao cuidado inseguro (WHO, 2009).

James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester, utilizou amplamente o conceito de erro humano em seus estudos, inicialmente direcionados à área da aviação, posteriormente às indústrias de grande porte, e mais recentemente, à área da saúde. A segurança do paciente e a capacidade de adaptação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho são o foco central desses estudos, os quais têm por objetivo criar instrumentos para manejo do ato inseguro (Nascimento & Travassos, 2010).

Segundo Reason, o objetivo dos sistemas e organizações de alta complexidade, como é o caso das organizações de saúde, é tornar-se resiliente, robusto e praticável em face das situações que envolvem riscos humanos e operacionais, e por consequência, a ocorrência do erro. A premissa é de que os seres humanos cometem falhas, e que, portanto, erros são esperados. Os erros são consequências, e não causas. E embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema Nascimento & Travassos, 2010.

O conceito de segurança do paciente aponta para as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, como principais fatores responsáveis pela ocorrência por danos ocasionados pelo cuidado de saúde

ao invés de culpar os indivíduos, isoladamente. Os incidentes podem ser resultado de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas. As organizações de saúde são complexas. A ocorrência de incidentes é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias de uma organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem à gestão de qualidade, prevenção de riscos, e à capacidade de aprendizagem a partir dos erros (WHO, 2009).

O movimento em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, após a publicação do relatório do Institute of Medicine (IOM) dos EUA que apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação de assistência à saúde. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações resultaram 44.000 a 98.000 mortes de pacientes, como consequência de incidentes (Nascimento & Travassos, 2010).

A partir desta publicação a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou a segurança do paciente como tema de alta prioridade na agenda de políticas dos seus países membros a partir do ano 2000. Em 2004, criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente. O programa tem como objetivo agir como uma força importante para a melhoria da segurança do paciente em todo o mundo, coordenando, facilitando e acelerando as melhorias de segurança do paciente, defendendo a mudança; gerando e partilhando conhecimentos e experiências; e por fim apoiando os Estados Membros na implementação das ações de segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Foram criadas outras organizações com essa preocupação, como a National Patient Safety Foundation, a Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ) e o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) (SHATKOSKI, et al, 2009).

O The Institute for Healthcare Improvement (IHI) tem sido a referência nas mudanças para a segurança. A partir de 1996, o IHI começou a auxiliar hospitais, a reformular os seus sistemas de segurança através de colaborações focados em segurança de medicamentos,

cuidados intensivos, cuidados cardíacos, e outros tratamentos. No decorrer da década, eles geraram projetos de demonstração, desenvolvidos e alterações do sistema e medidas (tais como a ferramenta de gatilho), e com milhares de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e administradores treinados na execução de práticas seguras (LEAPE, et al, 2008).

A Organização Mundial de Saúde, por meio da resolução WHA 55, requer que os Estados Membros voltem sua atenção à segurança dos pacientes, que desenvolvam normas e padrões globais, que promovam um quadro de políticas baseadas em evidências e mecanismos para reconhecer a excelência na segurança do paciente internacionalmente e que encorajem a pesquisa. Ainda, em resolução, informa que o problema não é novo e que, embora os sistemas de saúde difiram de um país para outro, as ameaças à segurança do paciente têm causas e soluções frequentemente similares. Informa também que a situação de países em desenvolvimento e daqueles em fase de transição econômica merecem atenção particular por vários motivos: qualidade dos medicamentos, abastecimento, desempenho ruim de pessoal devido à falta de motivação, habilidades técnicas insuficientes e falta de financiamento dos custos operacionais essenciais dos serviços de saúde. Havendo, portanto, probabilidade dos incidentes serem muito maior em detrimento das nações industrializadas (CASSIANI, 2009).

Atualmente, nos Estados Unidos, estima-se que 100.000 pessoas morram em hospitais a cada ano vítimas de incidentes. Desde o século XVIII, vêm sendo divulgados estudos a respeito dos agravos à saúde causados pelo cuidado prestado pelos profissionais de saúde (CASSIANI, 2009).

Segundo Leape, há comprometimento da segurança do paciente e este é diretamente relacionado aos processos nas instituições de saúde, que em muitas vezes, tornam-se um risco à vida, mostrando a grande dicotomia entre o cuidado ideal e o real (CASSIANI, 2009).

Estudos como de Mendes, Travassos, Martins e Galloti registraram incidência de 38,4% incidentes em hospitais brasileiros, que participaram de um estudo realizado em três diferentes regiões. Esse estudo enumerou que, oito em cada 100 pacientes internados sofrem um ou mais

incidentes, que podem levar a danos consequentes da assistência prestada, que podem ser desde uma debilidade temporária até a morte. A epidemiologia dos incidentes ainda necessita de uma abordagem sistemática (CASSIANI, 2009).

Foi evidenciado que 67% dos incidentes registrados são considerados evitáveis, quando ações gerenciais são implementadas para melhoria dos sistemas de saúde. Importante considerar o custo hospitalar que o alto número de incidentes causa as instituições de saúde, conforme mencionado por Mendes Travassos, Martins em seu estudo (SOUZA, et al, 2011):

No Reino Unido e na Irlanda do Norte, o prolongamento do tempo de internação devido aos incidentes consome cerca de 2 bilhões de libras ao ano. Nos Estados Unidos, estima-se que tais gastos fiquem entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais. Na Grã-Bretanha, o custo dos incidentes evitáveis é de aproximadamente US\$ 1,5 bilhão por ano, somente pela ocupação adicional do leito hospitalar. Custos mais amplos de tempo de trabalho perdido, indenização por incapacidade, entre outros, são ainda maiores (SOUZA, et al, 2011).

Assim como Carvalho e Vieira (2002) e Cassiani (2005), os erros em técnicas e procedimentos na área da saúde podem resultar em incidentes considerados como tragédias para pacientes e familiares de custos que não podem ser calculados: como sofrimento emocional, perda de produtividade, dias de trabalho e outros custos como tempo gasto com a ocorrência, telefonemas, reuniões, desgaste emocional da equipe de saúde, dentre outros. A identificação dos incidentes contribui para o dimensionamento dos problemas ocorridos nos processos de cuidar e é informação valiosa para avaliar a segurança do paciente e da qualidade do cuidado prestado, e na segurança do profissional de saúde que presta o cuidado (ROQUE; MELO, 2010).

Os incidentes decorrentes da assistência em instituições de saúde são invariavelmente associados ao desprestígio profissional, à autopunição e a possíveis advertências desde verbal até a demissão, desta forma, aceitar e notificar o incidente não são tarefas fáceis. A visão de que o profissional é responsável pela ocorrência do incidente, tem como consequência o não

reconhecimento das verdadeiras causas sistêmicas na ocorrência do incidente, uma vez que é fator impeditivo para a análise deste (CASSIANI, 2009).

Os incidentes mais comuns são as complicações decorrentes do uso de medicamentos, seguido das úlceras de pressão, complicações cirúrgicas e erros no diagnóstico (CASSIANI, 2009).

Para conhecermos os incidentes que ocorrem em uma instituição é necessário que seja criada uma comissão ou comitê ou serviço que crie um sistema de notificação sem caráter punitivo, favorecendo a criação da cultura de segurança para os pacientes, profissional e instituição, que promova melhoria da qualidade da assistência em saúde. Tal sistema deve ser adotado de modo que se permita monitorar e detectar futuros incidentes, de modo a realizar análises, a fim de compreender o que ocorreu como ocorreu, porque ocorreu e onde ocorreu (MIASSO, et al, 2006 apud CASSIANI, 2009).

A implantação de um sistema de notificação de incidentes nas instituições de saúde permite ter como benefícios: aprender com os incidentes ocorridos; monitorar e detectar potenciais tendências a riscos para futuros incidentes, que análises sejam realizadas prontamente, a fim de se ter uma compreensão do que ocorreu para os casos de reclamações; assim como, dar uma realimentação das informações precisas ao paciente da natureza do incidente ocorrido (AHLUWALIA; MARRIOT, 2005 apud CASSIANI, 2009).

O sucesso de um sistema de notificação de incidentes depende da eliminação de alguns paradigmas, portanto mudanças culturais voltadas à segurança do paciente podem favorecer as notificações como uma ação voluntária, principalmente se houver a garantia do anonimato, que pode ser considerada como uma forma de encorajamento destas notificações. A informação alcançada com a notificação tem o objetivo principal de proteger pacientes contra futuras ocorrências de incidentes similares através de estratégias de prevenção traçadas a partir do estudo das causas do incidente.

A notificação é uma ferramenta utilizada para monitorar qualquer tipo de ocorrência e que, quando inserida como uma rotina, permite o gerenciamento de maneira mais apropriada das falhas dos sistemas, sendo considerada desta forma como um instrumento eficiente, por permitir que através dos relatos possam ser identificados os tipos de incidentes que frequentemente ocorrem e os que poderão surgir.

Diante desta questão, é fundamental que haja o desenvolvimento da cultura de segurança, para que os profissionais de saúde tenham maior tranquilidade para enfrentar as ocorrências, através de uma abordagem educativa não havendo a cultura da culpabilidade, isto é, uma abordagem sistêmica como se propõe contemporaneamente. As notificações e avaliações dos incidentes devem subsidiar as tomadas de decisões e as intervenções da gestão modificando a prática do cuidado para promover a segurança do paciente.

As ações adotadas após análise como propostas de melhorias precisam gerar resultados como práticas confiáveis que façam a diferença na segurança dos pacientes, minimizando os riscos e possibilitando a redução de incidentes indesejáveis. Para que se possa ter redução de incidentes, estes devem ser considerados como indesejáveis. Várias técnicas podem ser utilizadas em programas de controle de qualidade para análise de risco como a análise de causa raiz que é uma importante ferramenta para as organizações de saúde que buscam melhorias em seus processos, e tem como meta mitigação de danos aos pacientes no decorrer do tratamento, e são capazes de identificar condições que podem causar dano (JOINT 42 COMMITMENT ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2005, apud CARRERA, 2013).

Como exemplo a Análise de Modo e Efeito da Falha (FMEA) e a Análise de Causa Raiz (RCA) podem ser consideradas duas ferramentas que são utilizadas por organizações de saúde na busca da melhoria de seus processos, que compartilham características por serem métodos estatísticos de análise, que tem como meta reduzir a possibilidade de danos aos pacientes no futuro e são capazes de identificar condições que possam causar o dano (CARRERA, 2013).

A diferença principal destas duas ferramentas está no momento em que são aplicadas. Enquanto a Análise de Causa Raiz é utilizada quando um incidente já ocorreu, dentro de uma

abordagem reativa, e a Análise do Modo e Efeito da Falha tem abordagem pró-ativa buscando determinar o que pode ocorrer de errado, com o objetivo de evitar as falhas e seus efeitos. O método Análise de Causa Raiz, basicamente, é composto, pela identificação, definição do problema e coleta de dados, posteriormente as causas raízes são encontradas, as soluções são desenvolvidas, recomendadas e introduzidas para evitar a ocorrência de erros. Sua proposta não se resume em apenas encontrar as causas raízes, mas em tentar resolver o fato ocorrido, a fim de prevenir e evitar que novos episódios aconteçam. Este método pode ser utilizado para executar revisão compreensiva de incidentes críticos e permite a identificação do(s) fator(s) causal(is) que se corrigido(s) ou removido(s), pode(m) prevenir a recorrência da situação. Além disso, investiga os detalhes e a perspectiva da situação, facilitando a avaliação do sistema e análise das ações corretivas, das rotinas e das tendências necessárias. Dessa forma, as instituições poderão determinar com que frequência os incidentes acontecem em uma unidade do hospital (FELDMAN, 2008).

Os benefícios advindos dessa ferramenta superam suas possíveis fragilidades e limitações, devido ao raciocínio crítico desenvolvido e à aplicação do sistema sobre cada incidente ocorrido. Indivíduos e organizações interessadas no avanço da segurança e qualidade hospitalar tem adaptado esse método, e muitas lições são aprendidas no ambiente de saúde, principalmente, em relação às mudanças nos procedimentos e processos das instituições (INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES CANADÁ - ISMP, 2005, apud CARRERA, 2013).

A metodologia de Análise do Tipo e Efeito de Falha, conhecida como FMEA (do inglês Failure Mode and Effect Analysis), é uma ferramenta utilizada como um método de avaliação de risco de sistemas, processos ou serviços, novos ou já existentes, por meio da análise simultâneos modos de falha, de seus efeitos e dos fatores de risco associados à cultura de segurança voltada para o paciente, deve adotar práticas direcionadas à promoção de uma assistência livre de falhas que por meio da organização de uma equipe multidisciplinar que possam analisar os processos existentes em busca de melhorias e prevenção.

Segundo a OMS, a cultura é um fator que pode afetar todos os processos e defesas do sistema para melhor ou para pior. Caso se possa dizer que há uma cultura nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, ela normalmente contém pelo menos dois obstáculos para fortalecer a cultura de segurança; o primeiro é a crença no perfeccionismo do treinado – após longa e árdua formação / treinamento, profissionais de saúde esperam “acertar”, “fazer correto”, e isso também é o que esperam dele; e em segundo, a tendência de estigmatizar e punir a falibilidade – o erro se equipara à incompetência. Juntos, essas influências difundidas tornam difícil para os prestadores de cuidados de saúde admitir seus erros ou aprender coletivamente a partir deles (WHO, 2008).

Agrega-se ainda o fato da organização de saúde ser configurada como organização profissional, onde os recursos humanos centrais à produção do cuidado detêm um conhecimento específico e complexo que outorga grande autonomia de decisão e pouco controle do processo (Mintzberg, 1982; apud CARRERA, 2013).

A cultura de segurança é constituída pelos seguintes componentes: uma cultura justa, onde há o consenso entre as pessoas no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; uma cultura de notificação de incidentes, que privilegia a informação incluindo coleta, análise e divulgação sobre informações referentes à notificação e eventos adversos e near misses e encoraja as pessoas a falarem sobre os seus erros e a notificá-los; e, por fim, uma cultura de aprendizagem, uma vez que a organização constituiu uma memória de eventos passados, esta pode direcionar o aprendizado a partir dos mesmos. Ressalta-se a necessidade dos sistemas de notificação de eventos adversos assegurarem a confidencialidade para promover a confiança entre os gerentes e seus funcionários (WHO, 2008).

Algumas intervenções são apresentadas pela OMS (WHO, 2008) para auxiliar a identificação e correção de falhas latentes existentes na organização, antes que essas se combinem com outros fatores e causem danos aos pacientes. Não há uma recomendação de melhor técnica a ser utilizada, mas elas podem ser combinadas para atender às

especificidades da cultura local: a Árvore de Decisão de Incidentes (*The Incident Decision Tree*), ferramenta baseada na web, criada pela *National Patient*.

Safety Agency (NPSA), do Reino Unido, para gestores e clínicos acessarem princípios básicos que os auxiliem a decidir a respeito de suspender ou não a sanção de funcionários que tenham se envolvido em incidentes de segurança graves; a Análise de Causa-Raiz (*The Root Cause Analysis*), também desenvolvida pela NPSA do Reino Unido, para guiar a análise de um incidente de segurança do paciente, de modo a identificar o local de trabalho e os fatores organizacionais e sistêmicos que contribuíram para a ocorrência do incidente; os Sistemas de Notificação de Incidentes, onde cada incidente notificado contribui para o entendimento e identificação das falhas latentes e organizacionais que contribuíram para sua ocorrência, mesmo aqueles em que não houve o dano ao paciente; e Técnicas de Auditoria das mais diversas, tais como Medidas de Processo Proativas, concebidas para identificar dimensões organizacionais que necessitam ser reparadas, e úteis também para avaliar as condições e resultados após a implementação de ações de melhorias. Essas dimensões organizacionais variam em contextos diversos, mas normalmente incluem questões genéricas como o trabalho em equipe, comunicação, protocolos, escalas de serviço, modelo e manutenção da gestão (CARRERA, 2013).

Intervenções genéricas e específicas podem ser implementadas nos processos de gestão e nos processos clínicos, para fins de melhorar a segurança do paciente (Runciman *et al.*, 2010).

A compreensão do caráter multifatorial subjacente às falhas de segurança é elucidada à luz da teoria sobre o erro humano, proposta por James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester, Reino Unido. Conhecida como a do "queijo suíço" compara as vulnerabilidades do sistema de saúde aos buracos de um queijo suíço. A fonte do problema seria frequentemente desencadeada por múltiplos fatores; como se a ocorrência dos EA se devesse ao alinhamento de diversos "buracos", que seriam as falhas estruturais ou pontuais, má prática

ou descuido dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos pacientes.

As falhas ativas seriam atos inseguros ou omissões, cometidos pelos profissionais de saúde, cujas consequências teriam efeito adverso imediato para o paciente; elas podem acontecer devido a um erro, à quebra de regras ou pela assunção de riscos. As falhas latentes, entretanto, constituem características existentes no sistema, em sua estrutura e processo, as quais permanecem ocultas, até que um evento ou acidente ocorra e as exponham. Em hospitais, essas condições podem se relacionar ao ambiente de trabalho, à supervisão inadequada, falta de treinamento ou formação deficiente, estresse, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados.

Alguns autores buscam uma sobreposição entre a Teoria do Queijo Suíço e os elementos da tríade estrutura – processo – resultado proposta por Donabedian. A estrutura caracteriza-se por aspectos relativamente estáveis, tais como os profissionais, os instrumentos e os recursos que estes têm ao seu alcance, os locais e os modelos de organização do trabalho; o processo refere-se ao conjunto de atividades que os profissionais realizam para os pacientes e as respostas destes, e inclui atividades de decisão ao nível diagnóstico, terapêutico e preventivo; e os resultados relacionam-se aos níveis de saúde, representados pela efetividade e eficiência das ações e pelo nível de satisfação dos pacientes (Reason J, Carthey J, de Leval MR; apud CARRERA, 2013).

Apesar do interesse crescente pela segurança do paciente, alguns pontos são frágeis na conscientização do problema. É frequente a tendência de se procurar um culpado pelo erro mediante a ocorrência de um EA. A excessiva preocupação com a confidencialidade da informação, somada ao receio da responsabilização profissional, associados aos escassos e frágeis registros nas organizações de saúde, prejudicam a visibilidade e a análise pormenorizada dos EA (World Health Organization; apud CARRERA, 2013).

Brown incorporam no modelo da tríade estrutura – processo – resultado, proposto por Donabedian, a influência do comportamento humano e dos conceitos de cultura e clima de segurança. Os autores consideram que para melhorar a segurança do paciente, faz-se necessário um acúmulo de conhecimentos provenientes da pesquisa clínica e das ciências cognatas, como a Sociologia, Psicologia, Estudos Organizacionais, Ergonomia e Educação. A capacidade de relatar, analisar, sistematizar e aprender com as experiências e com os erros constitui desafios a serem vencidos, e relacionam-se estreitamente com a cultura de segurança da organização.

Brown *et al.* (2008), construíram o modelo da cadeia causal relacionando intervenções a resultados. O modelo da cadeia causal incorpora a influência do comportamento humano e os conceitos baseados no sistema, os quais incluem a cultura e clima de segurança.

Segundo os autores, esse modelo baseia-se fortemente no modelo para avaliação da qualidade do cuidado, conhecido pela tríade “estrutura-processo-resultado”, de Donabedian (1980), e no modelo de Reason (2000), que descreveu os erros latentes e ativos. O modelo da cadeia causal, assim como os modelos anteriormente citados, partilha a ideia de um serviço de saúde inserido em um sistema. Ele adiciona a representação de um fluxo de trabalho, distinguindo o processo em dois tipos: os processos de gestão ou organizacionais, onde residem as falhas latentes (ex: política de recursos humanos) e os clínicos (adoção de práticas baseadas em evidências), sobre os quais incidem as falhas ativas e envolvem a interação humana direta (CARRERA, 2013).

Ao se pensar em segurança do paciente nas organizações e no processo de trabalho em saúde verifico a sua relação com os erros humanos, pois o processo de cognição humana não é perfeito e a possibilidade de cometer erros é uma característica passiva no ser humano. Contudo, diferentemente da premissa e do conceito conhecido globalmente de que errar é humano, na área da saúde o erro foi culturalmente atribuído a um problema do indivíduo e não do sistema de atendimento ou da complexidade na tomada de decisão (Pedreira, 2009).

Nessa perspectiva, James Reason, professor emeritus do departamento de psicologia da Universidade de Manchester, revela que problema do erro humano pode ser visto por dois caminhos: uma abordagem pessoal e uma abordagem sistêmica. Cada uma dessas abordagens tem um modelo para a causalidade do erro e cada modelo dá a possibilidade de propostas diferenciadas para o gerenciamento do erro. Entender essas diferenças tem importante implicação prática para lidar com os riscos de acidentes que estão sempre presentes na prática clínica (Reason, 2000; apud Pedreira, 2009).

Segundo esse estudioso, a abordagem pessoal está centrada nos atos inseguros, nos erros e violações processuais de profissionais como enfermeiros, médicos, cirurgiões, anestesistas, farmacêuticos, entre outros. Dessa forma, essa abordagem foca que os atos inseguros são provenientes de processos mentais incorretos, como esquecimento, falta de motivação, desatenção, falta de cuidado, negligência e imprudência. Como medida de controle de erros busca-se a redução da variabilidade indesejada no comportamento humano, realizando medidas disciplinares de ameaça, nomeando, culpando e promovendo reciclagem de profissionais (Reason, 2000, apud Pedreira, 2009).

Em contrapartida, a abordagem sistêmica tem como premissa básica que os humanos são falhos e, desse modo os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Os erros são vistos como consequências e não como causas. A ideia central nesse tipo de abordagem é a de defesas do sistema, uma vez que, todas as atividades são complexas e perigosas e devem possuir barreiras e “salvaguardas” para evitar a ocorrência de eventos adversos. Quando ocorre um evento adverso a questão primordial não é encontrar quem errou, mas sim como e porque as barreiras falharam. O referido autor traz o modelo do queijo suíço, no qual visualiza-se a possibilidade da ocorrência de erros e eventos adversos a partir de barreiras falhas que permitem que o erro ou perigo se propague atingindo o paciente e causando-o danos.

Schein (1986) concebe a cultura como um modelo dinâmico que é aprendido, transmitido e modificado, compreendendo que o conceito é amplo o suficiente para ser aplicado em pequenos grupos, tais como equipes de trabalho, ou grandes grupos, como uma organização

(Pedreira, 2009).

A cultura organizacional pode ser concebida como um conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionou bem o suficiente para ser considerado válido e ensinado a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas (Schein, 1986; Fleury, 1996 apud Pedreira, 2009).

3. MATERIAL E MÉTODOS

Foi um estudo descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido no Hospital da Aeronáutica de Belém, localizado na cidade de Belém, no estado do Pará. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, parecer CEP/ICS No. 2.324.783/CAAE 76901517.7.0000.0018, de acordo com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os sujeitos da amostra foram os profissionais médicos e de enfermagem (enfermeiros, residentes, técnicos e auxiliares de enfermagem), sendo critério de inclusão pertencer ao à equipe do hospital cenário do estudo e responder adequadamente o questionário. Em um universo de 200 funcionários que receberam o questionário, apenas 24 retornaram o material adequadamente.

A coleta dos dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2017, sendo selecionados 24 questionários de 200 aplicados, após a revisão e a exclusão dos considerados fora dos critérios pré-estabelecidos. O instrumento utilizado foi o questionário traduzido para o português Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), disponível no Proqualis, versão validada por Reis (2013). O questionário possui 12 Dimensões da Cultura de Segurança, das quais, sete referem-se às Unidades de trabalho dentro do hospital, três a Organização hospitalar e duas referem-se a Medidas de resultado. Para este trabalho, nos reportaremos apenas às sete Dimensões das Unidades de trabalho dentro do hospital, cujos cálculos das respostas permitem

identificar a “áreas fortes” em relação à Cultura de Segurança do Paciente (quando as respostas positivas apresentam um percentual > 75%), e “áreas frágeis” (quando o cálculo do percentual apresentado for < 50%).

Em relação às respostas negativas, quanto maior for o percentual de negatividade (> 50%) em uma determinada área, mais fragilizada será considerada aquela área. Para descrição da amostra e dos desfechos considerados (conhecimentos e avaliação acerca da cultura de segurança do paciente; fatores intervenientes na adoção de práticas mais seguras na assistência) foram realizadas análises univariadas por meio de frequências simples.

As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa. A variável quantitativa idade, foi descrita por meio de sua média e desvio padrão, após teste de normalidade de shapiro wilk, que atestou distribuição normal da amostra. O software estatístico utilizado foi o Stata 12.0.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste estudo, foram avaliados 24 indivíduos que apresentaram os critérios de elegibilidade. A média de idade dos indivíduos foi de 36,62 anos (dp=6,82). As características da amostra relacionadas ao sexo, grau de escolaridade e os cargos dos participantes da pesquisa encontram-se nos gráficos 1, 2 e 3.

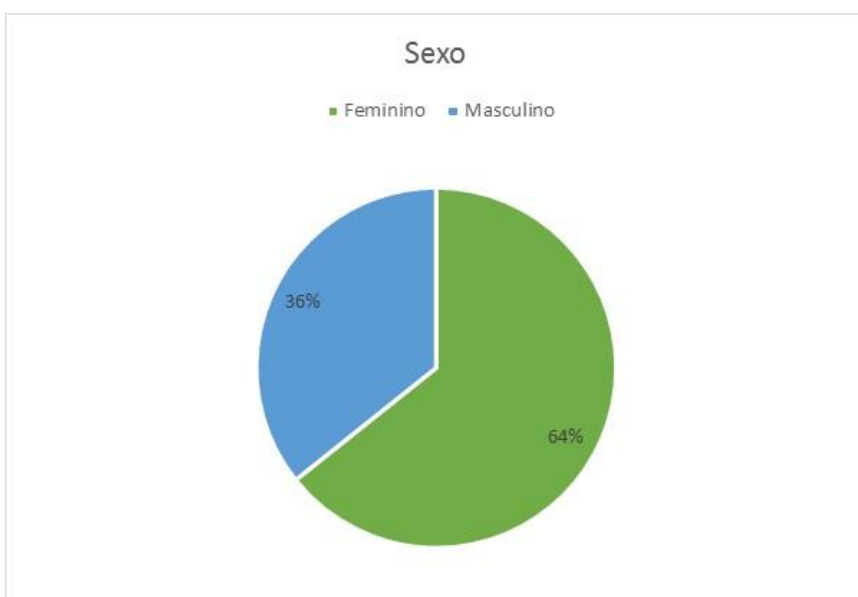


Gráfico 1 - Avaliação da frequência do sexo dos participantes



Gráfico 2 - Avaliação da frequência da escolaridade dos participantes

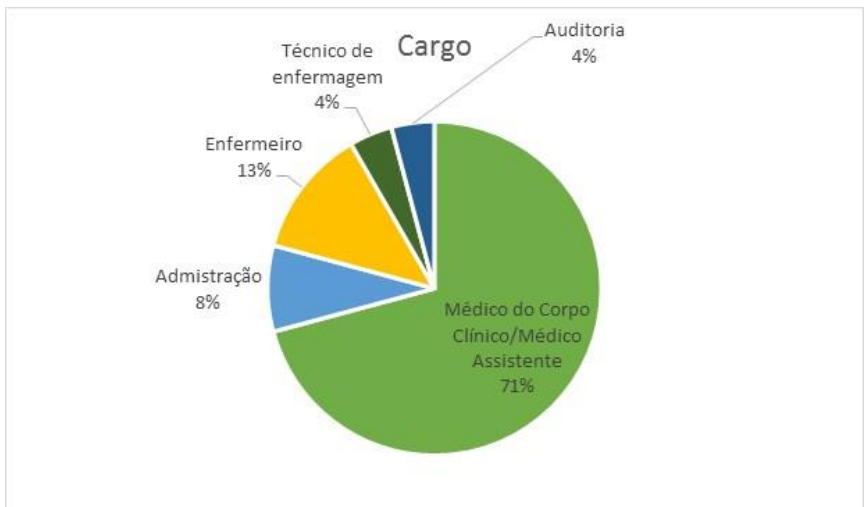


Gráfico 3 - Avaliação da frequência do cargo dos participantes

Na tabela 2 é possível observar a distribuição da área de atuação, tempo de trabalho na instituição, tempo de atuação na área e a carga horária semanal na instituição.

Tabela 2 - Distribuição da área de atuação, tempo de trabalho na instituição, tempo de atuação na área e carga horária semanal dos participantes da pesquisa, Belém 2017

Característica	N	%
Área de atuação		
Diversas unidades do hospital/Nenhuma	12	28,57
Clínica (não cirúrgica)	10	23,81
Obstetrícia	3	7,14
Cirurgia	4	9,52
Inspeção em saúde	2	4,76
Auditoria	1	2,38
Engenharia Clínica	1	2,38
Unidade de terapia intensiva	4	9,52
Anestesiologia	1	2,38
Tempo de trabalho na instituição		
<1 ano	7	16,67
1 a 5 anos	25	59,52
6 a 10 anos	4	9,52
11 a 15 anos	4	9,52
16 a 20 anos	1	2,38
21 anos ou mais	1	2,38
Tempo de atuação na área		
<1 ano	13	30,95
1 a 5 anos	23	54,76
6 a 10 anos	3	7,14
11 a 15 anos	2	4,76
16 a 20 anos	1	2,38
Horas semanais trabalhadas		
20 a 39 horas por semana	35	83,33
40 a 59 horas por semana	6	14,29
60 a 79 horas por semana	1	2,38

Na Figura 1 abaixo é possível observar a distribuição das frequências da dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.

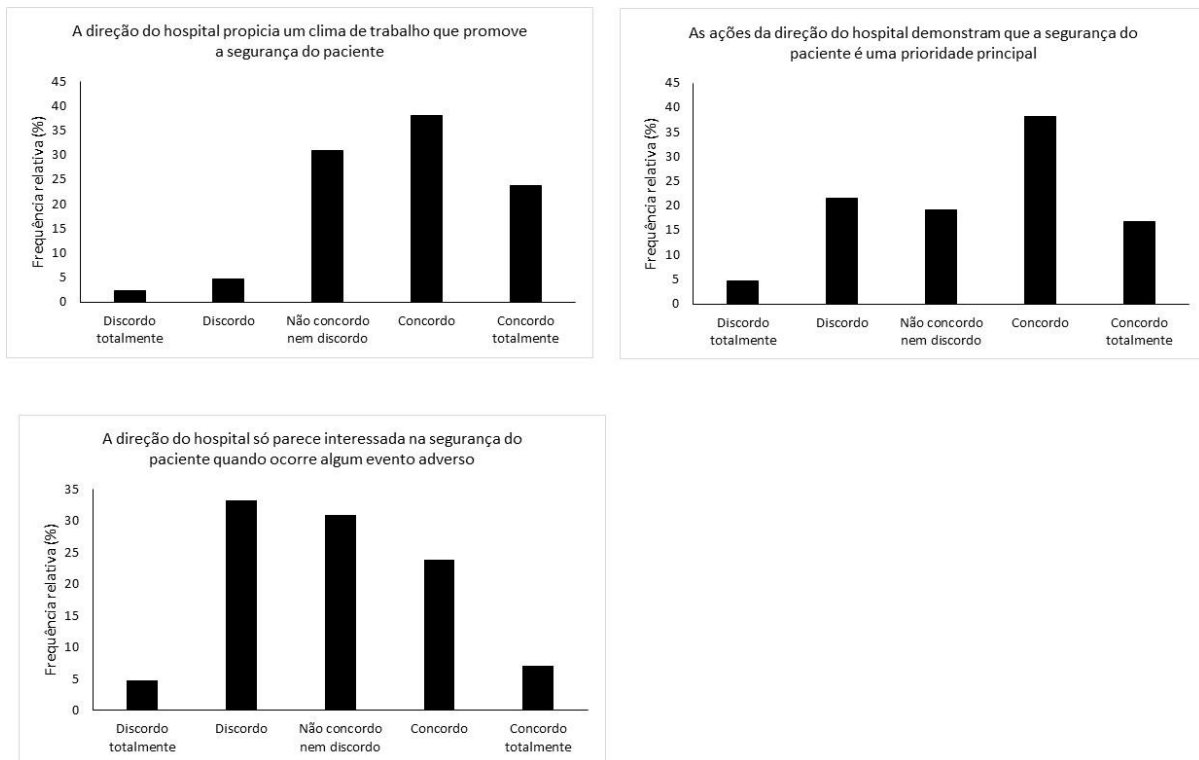


Figura 1 - Distribuição das frequências da Dimensão Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, Belém 2017

Na Figura 2 abaixo é possível observar a distribuição das frequências da dimensão trabalho em equipe dentro das unidades. Eles apontam que existe uma boa coordenação entre as unidades, porém, ainda assim, é possível identificar fragilidade nesta área, remetendo a questões de falhas gerenciais ou de comando.

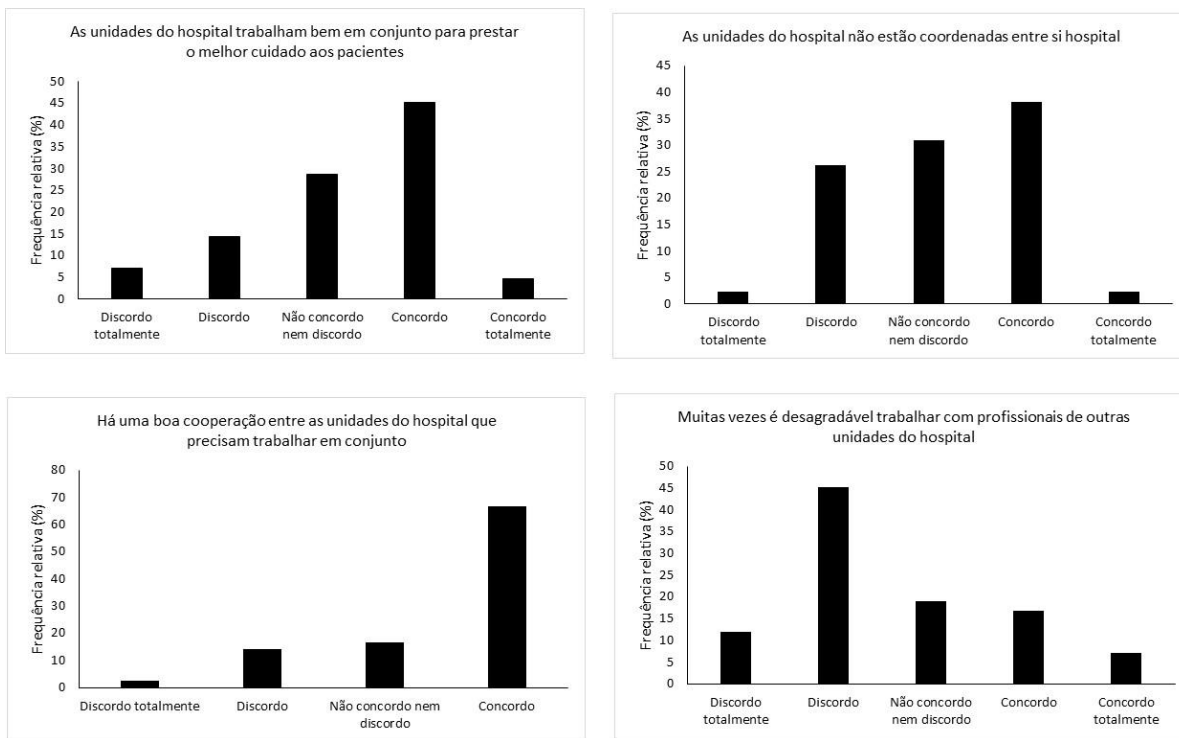


Figura 2 - Distribuição das frequências da Dimensão Trabalho em equipe dentro das unidades, Belém 2017

Na Imagem 3 abaixo é possível observar a distribuição das frequências da dimensão passagens de plantão/turno e transferências dentro das unidades. O que pode ser coerente com a fragilidade na dimensão de apoio entre as equipes do hospital.

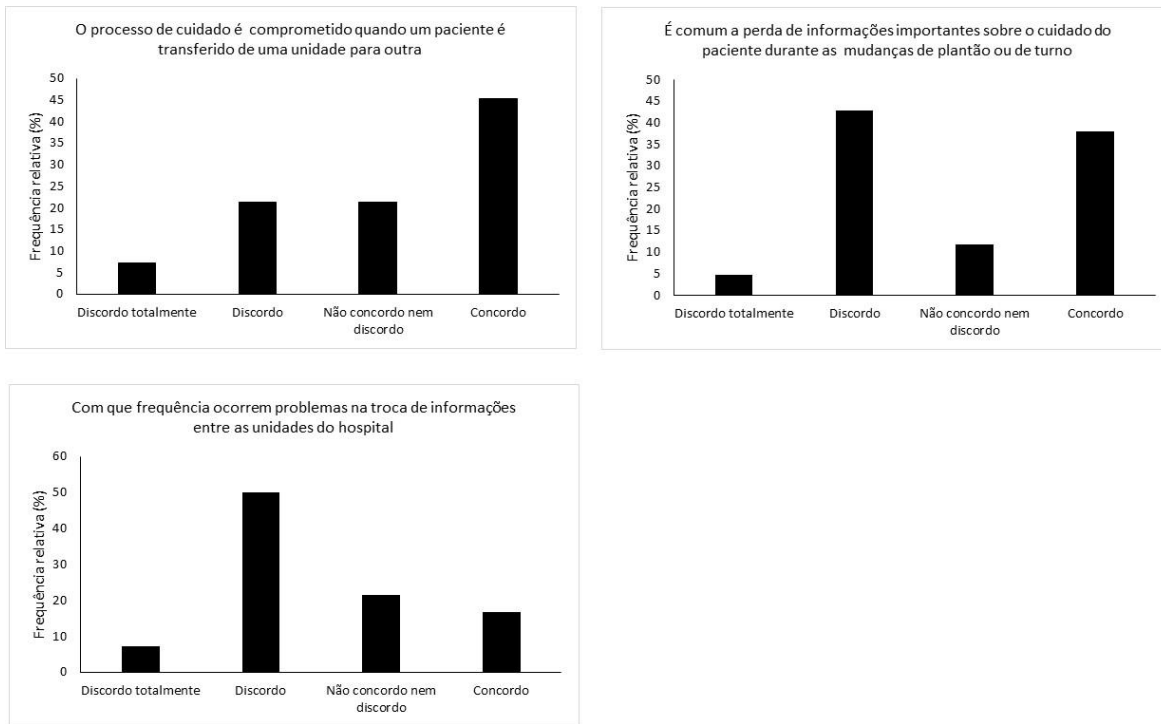


Figura 3 - Distribuição das frequências da Dimensão Passagens de plantão/turno e transferências dentro das unidades, Belém 2017

Na avaliação geral dos domínios, foi possível observar que entre os três domínios avaliados no gráficos abaixo.

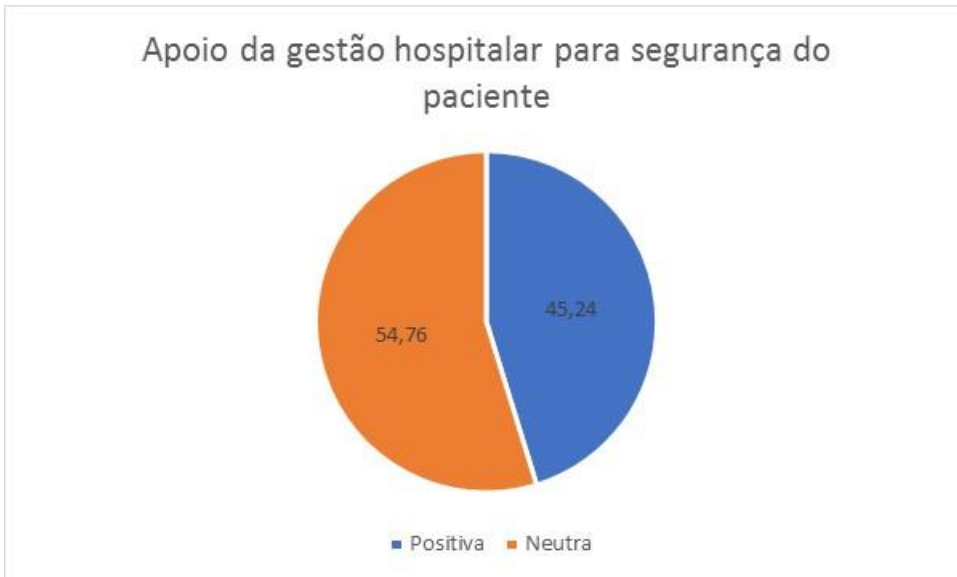


Gráfico 4 - Avaliação do domínio apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente



Gráfico 5 - Avaliação do domínio do trabalho em equipes entre as unidades

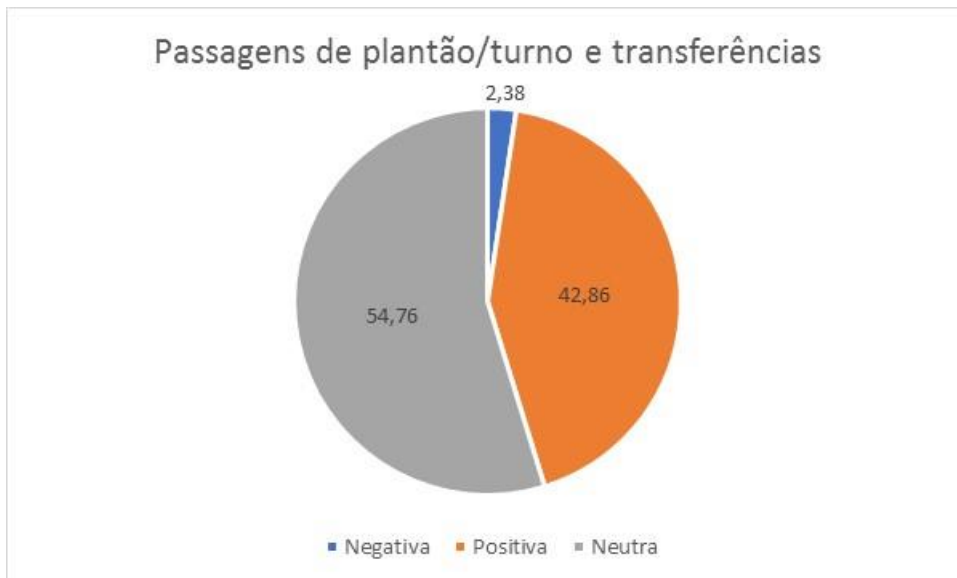


Gráfico 6 - Avaliação do domínio passagens de plantão/turno e transferências

Os profissionais apontaram apoio da gestão hospitalar em relação à segurança do paciente, o que interfere positivamente na implantação de medidas de segurança, mudanças ou revisões de processo e fluxos, na incorporação de novas tecnologias, aquisição de novos equipamentos e materiais, necessários à implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Apesar desse dado, 42% dos entrevistados avaliaram a segurança do paciente do Hospital da Aeronáutica como regular.

A melhoria da segurança exige que os sistemas de saúde tenham acesso imediato a informações que apoiem a aprendizagem da experiência para promover sistemas que evitem erros e mitiguem o impacto de erros que ocorrem. Em contraste com uma "cultura patológica" onde a falha é punida ou escondida e as pessoas se recusam a reconhecer que existem problemas, uma cultura de segurança positiva reconhece a inevitabilidade do erro e procura proativamente identificar ameaças latentes.

A dimensão Passagens de plantão/turno e transferências, apresentou percentual de resposta positiva inferior a 50%, o que, segundo os autores do instrumento, pode indicar uma

área de fragilidade.

Os problemas nas trocas de informações entre as unidades, nas passagens de plantão, mudanças de turno e transferências comprometem o processo de cuidar, tornando comuns as perdas de informações, importantes para o cuidado seguro do paciente. Esse dado nos sugere a ausência de uma comunicação aberta e efetiva entre os profissionais, equipes, gestores e entre as unidades, sendo necessárias intervenções urgentes, de todos os níveis para que seja garantido uma continuidade segura na assistência aos pacientes. Destacamos neste ponto, as intervenções da Educação Continuada/Permanente, que devem investir na capacitação de todos os profissionais para as passagens de plantão e trocas de turnos onde as informações dos pacientes sejam corretas e precisas

Dessa maneira, se faz necessário medidas de intervenção que promovam o desenvolvimento do trabalho entre as equipes das diferentes unidades, visando melhor coordenação, cooperação e comunicação entre os serviços/unidades e suas equipes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As avaliações da cultura de segurança são novas ferramentas no arsenal de melhoria da segurança do paciente. Essas ferramentas podem ser usadas para medir as condições organizacionais que levam a eventos adversos e danos ao paciente e para desenvolver e avaliar intervenções de melhoria da segurança nas organizações de saúde. Eles fornecem uma métrica pela qual os entendimentos compartilhados implícitos sobre "a maneira como fazemos as coisas por aqui" podem ser visíveis e disponíveis como entrada para mudanças.

O estudo demonstrou que, apesar de os profissionais reconhecerem na organização e nos seus gestores ações que favoreçam ou priorizem as questões da segurança do paciente, eles ainda assim avaliam a segurança do paciente do Hospital como regular ou, no máximo, boa. É necessária a ampliação das discussões acerca do assunto em todos os níveis, começando por seus líderes e gestores, assim como outras intervenções, para que se estabeleça o clima da Segurança do Paciente no hospital cenário do estudo.

Vale destacar que o Programa Nacional de Segurança do Paciente, lançado pelo Ministério da Saúde através da Portaria 529, de 01 de abril de 2013, tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013), além de exigir de todas as instituições assistenciais, a revisão de seus processos e estratégias para a mitigação das ocorrências de erros, danos e eventos adversos na atenção à saúde. Metas que só poderão ser alcançadas com o envolvimento de toda a organização hospitalar, desde os profissionais que estão na linha de frente do cuidado até a direção.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. 2013a. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-CollaboratingCentre-for-Patient-Safety-Solutions/>. Acesso em: 14.jun.2017

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). 2014 User Comparative Database Report: Hospital Survey on Patient Safety Culture. March 2014. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/2014/index.html>. Acesso em: 14.jun.2017

ANVISA. Portaria n.º 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário oficial da União: Brasília, 2013c. Disponível em: 84 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em: 14.jun.2017.

AUSTRALIAN PATIENT SAFETY FOUNDATION (APSF). About us. [página na Internet]. Disponível em: <http://www.apsf.net.au/about.php>. Acesso em: 14.jun.2017

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim informativo sobre segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. v. 1, n. 1, jan-jul, 2011. Brasília: GGTES/ Anvisa, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: GGTES/Anvisa, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, *et al.*. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Eng J Med*, 1991; 324:370-6.

BRENNAN, T. A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England journal of medicine*, v. 324, n. 6, p. 370-376, 1991.

CARVALHO, M.; VIEIRA, A. A. Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*, v. 78, n. 4, p. 261-268, 2002.

CASSIANI, S. H. B. A Segurança do paciente e o Paradoxo no uso de medicamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.58, n.1, p.95-99, 2005.

Clinco SDO. O Hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2007.

Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB: Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Qual Saf Health Care*, 2005; 14:364-366.

DUARTE IG. FERREIRA DP. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. *Revista de Administração em Saúde* -vol. 8, nº 31 – Abril-Junho, 2006.

FELDMAN, L. B. Gestão de risco na enfermagem. In: FELDMAN, L. B. (org.). *Gestão de risco e segurança hospitalar*. 2ªed. Martinari: São Paulo ,2009

FLEMING, M. Nurturing a patient safety culture patient safety culture measurement and improvement: a "how to" guide. *Healthcare Quartely*, v. 8, p. 14-19, out. 2005. Edição especial.

Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM: Measuring safety climate in health care.

Handler SM, Castle NG, Studentski SA, Perera S, Fridsma DB, Nace DA *et al.*. Patient safety culture assessment in the nursing home. *Qual Saf Health Care* 2006, 15:400-404.

Jackson J, Sarac C, Flin R. Hospital safety climate surveys: measurement issues. *Current Opinion in Critical Care* 2010; 16:632-638

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson, MC (eds.); Committee on Quality in Health Care; Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington: National Academy Press, 1999.

KOHN, L. T.; CORRIGNAN, J. M.; DONALDSON, M. S. To err is human: building a safer health system. 2. ed. Washington: National Academy of Sciences, 2000.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. To Err is Human: Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al.. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Eng J Med* 1991; 324: 377-84.

MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

Nieva VF, Sorra J. Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Healthcare* 2003; 12: ii17-1123

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009a.

PAIVA MCS. PAIVA SAR. BERTI HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2):287-94.

PAIVA MCS. PAIVA SAR. BERTI HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(2):287-94.

Qual Saf Health Care, 2006; 15:109-115.

QUINTO NETO AQ. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. RAS Vol. 8, nº 33 – Out-Dez, 2006.

REASON, J. T. Human error. 20ª ed. New York: Cambridge University Press, 2009.

ROQUE, Q. E; MELO, E.C.P. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no 128 Estado do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Epidemiologia. V.13, n.4, p.607-619, 2010.

SCHATKOSKI, A. M. et al. Segurança e proteção a criança hospitalizada: revisão de literatura. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, n. 3, p. 410-416, 2009.

SEVERO, E. et al. Educação em Saúde frente à segurança do paciente: a epistemologia do Gerenciamento de Risco. In: II Congresso Internacional de Educação de Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2010. Disponível em: www.isapg.com.br/2010/ciepg/download.php?id=156. Acesso em: 14.jun.2017.

SEXTON JB. THOMAS EJ. HELMREICH RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. British Medical Journal volume 320-18 March 2000.

SEXTON JB. THOMAS EJ. HELMREICH RL. Frontline assessments of healthcare culture: Safety Attitudes Questionnaire norms and psychometric properties. Technical report 04-01. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2006. AHRQ grant nº. 1PO1HS1154401.

SILVA BMS. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, 2006; 15(3): 442-8.

SILVA DC. ALVIM NAT. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2010 maio-jun; 63(3); 427-34

Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD:. September 2004.

SOUZA, L. P. et al. Eventos adversos: instrumento de avaliação de desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. Revista Enfermagem, v.19, n.1, p.127-133, 2011.

TRAVASSOS, C. Sobre o proqualis. Disponível em: <http://proqualis.net/sobre-oproqualis>. Acesso em: 14.jun.2017.]

VENDRAMINI RCR et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3):827-32

WACHTER, R. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WHO World Health Organization. Patient Safety - Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Technical Report. January 2009. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf (acessado em 06/Jun/2017).

Zimmer PM, Ribas EO, Berquó LS, Lopes GAM. A avaliação da cultura de segurança do paciente: uma análise comparativa com os hospitais norte-americanos. IX Congresso Internacional de Qualidade e Serviços e Sistemas de Saúde, Anais Qualihosp, 2009, p. 262-265.

Donabedian A. ***Explorations in Quality Assessment and Monitoring***: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. **N Engl J Med.** 1991; 324(6):370-376.

Reason J, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing vulnerable system syndrome: an essential prerequisite to effective risk management. **Qual Health Care** 2001; 10(Supl. 2):21-25.

Runciman RB, Helps SC, Sexton EJ, Malpass A. A classification for incidents and accidents in the health care system. **J Qual Clin Practice** 1998; 18(3):199-211.

World Health Organization (WHO). **Quality of care: patient safety.** Fifty-Fifth World Health Assembly Provisional agenda item 13.9, March 2002. [página na Internet]. [acessado 2011 fev 15]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf

Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin BD, Lilford RJ. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualising and developing interventions. **Qual Saf Health Care** 2008; 17(3):158-162.

CORREGGIO, Thâmy Canova da; Avaliação da cultura de segurança em um Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil; Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca do Curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC, para obtenção do título de Especialista em Alta Complexidade pela Universidade Federal de Santa Catarina. Área de concentração: Alta Complexidade Orientador(a): Prof^a Dr^a. Lucia Nazareth Amante. FLORIANÓPOLIS 2012. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/POSMED313470.pdf>>, acesso em: setembro, 2017.

MILAGRES, Lidiane Miranda; GESTÃO DE RISCOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: O ENFERMEIRO E A NOTIFICAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS Dissertação de Mestrado apresentada à Pósgraduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Tecnologia e comunicação no cuidado em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sonia Maria Dias JUIZ DE FORA – MG JULHO DE 2015. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>>; acesso em: setembro de 17.

MOURA, Anne Rafaela Tavares de; 14^a. Jornada Norte –Nordeste de Centro Cirúrgico e Central de Esterilização 29 de novembro a 02 de dezembro de 2016 Fortaleza – Ceará; Indicador de qualidade no Centro Cirúrgico; Disponível em: <<http://nascecme.com.br/2014/wp-content/uploads/2016/12/Release-ANNE-jornada.pdf>>; acesso em: setembro de 17.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na Resolução Nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

PESQUISA: “AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL DA AERONÁUTICA DE BELÉM”

Prezado(a) Senhor (a),

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL DA AERONÁUTICA DE BELÉM” Esta pesquisa está sendo realizada pela professora M. Sc. LEONITA BARRADAS RIBEIRO, CRM/PA, docente do curso de medicina da Universidade Federal do Pará – UFPA, como o auxílio de alunos de medicina da UFPA Raísa Lamara Cruz dos Santos, CPF: 006.528.372-47, RG: 6229040 SSP/PA e Robert Cutrim Furtado Junior, CPF: 039.994.453-27, RG 032.545.502.007-7 SSP/MA.

Este estudo tem como objetivo avaliar a implementação da cultura do paciente entre os profissionais da saúde que atuam no Hospital da Aeronáutica de Belém, buscando comparar tais resultados com os indicadores de eventos adversos ocorridos no referido nosocômio.

O presente trabalho pretende, por meio da apresentação de seus resultados e discussão, enfatizar sobre a importância da temática abordada e de ressaltar medidas que possam diminuir a quantidade de eventos adversos ocorridos durante o atendimento ao paciente, proporcionando uma melhor qualidade do atendimento hospitalar.

O risco presente para os participantes poderá ser a exposição indevida de seus dados. Entretanto, os pesquisadores se comprometem a cumprir com todas as informações apresentadas neste documento, além de, utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa que, depois de finalizada, terá seus resultados veiculados no meio acadêmico e científico. Serão resguardados o seu nome, endereço, filiação e qualquer outro dado relacionado à sua identificação, que sob nenhuma hipótese será divulgada. Havendo a possibilidade de indenização caso eventuais danos decorrentes da pesquisa, conforme determina a lei.

Sua participação nela é voluntária e consistirá em responder as perguntas contidas no formulário de pesquisa. Será garantida a liberdade da retirada do consentimento e, por conseguinte da pesquisa a qualquer momento. Também não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase deste estudo.

Os dados coletados serão utilizados somente na referida pesquisa, a qual, depois de finalizada, terá seus resultados veiculados no meio acadêmico e científico. Serão resguardados os seus dados pessoais de identificação, tais como: nome, filiação e endereço.

Todas as pessoas que participarem do estudo terão a garantia de acesso ao responsável pela pesquisa para qualquer esclarecimento de eventual dúvida sobre a mesma.

Este termo de consentimento está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com o profissional de saúde participante da pesquisa, e a outra via será arquivada pelos pesquisadores responsáveis. Abaixo segue o consentimento livre e esclarecido.

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, sobre os propósitos do referido estudo e sobre as garantias de confidencialidade. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando em oferecer informações que contemplem os questionamentos do formulário de coleta de dados.

Belém, _____/_____/_____.

Assinatura do Entrevistado ou Responsável Legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária do Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

M. Sc. Leonita Barradas Ribeiro
Médica Infectologista (CRM 6586-PA)
Docente da UFPA

ICS/FAMED/UFPA Av. Generalíssimo Deodoro, S/N, Umarizal - Belém/PA

Em caso de dúvidas sobre seu direito entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará

Endereço: Complexo de Sala de Aula/ICS - Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá
CEP: 66.075-110 - Belém-Pará.

Tel: (91) 3201-7735
E-mail: cepccs@ufpa.br

ANEXO I – QUESTIONÁRIO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC)

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

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

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

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

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

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente

1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

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

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	B	C	D	E
Excelente	Muito boa	Regular	Ruim	Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

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

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

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

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Nenhuma notificação | <input type="checkbox"/> d. 6 a 10 notificações |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 2 notificações | <input type="checkbox"/> e. 11 a 20 notificações |
| <input type="checkbox"/> c. 3 a 5 notificações | <input type="checkbox"/> 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?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d. 11 a 15 anos |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 5 anos | <input type="checkbox"/> e. 16 a 20 anos |
| <input type="checkbox"/> c. 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> f. 21 anos ou mais |

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d. 11 a 15 anos |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 5 anos | <input type="checkbox"/> e. 16 a 20 anos |
| <input type="checkbox"/> c. 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> f. 21 anos ou mais |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 20 horas por semana | <input type="checkbox"/> d. 60 a 79 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> b. 20 a 39 horas por semana | <input type="checkbox"/> e. 80 a 99 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> c. 40 a 59 horas por semana | <input type="checkbox"/> f. 100 horas por semana ou mais |

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

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

- m. Administração/Direção
- n. Auxiliar Administrativo/Secretário
- o. Outro, especifique _____

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

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

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

Qual o seu grau de instrução:

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

7. Qual a sua idade? _____ anos

8. 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.

