UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de Mestrado Profissional em Saúde, Sociedade e Ambiente

Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano

PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE: Análise Sistêmica dos Riscos na Assistência que Podem Gerar Eventos Adversos Não Infecciosos.

Diamantina
2015

Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano

PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE: Análise Sistêmica dos Riscos na Assistência que Podem Gerar Eventos Adversos Não Infecciosos.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.ª. Drª. Angelina do Carmo Lessa
Coorientadora: Prof.ª. Drª. Delba Fonseca Santos

Diamantina
2015

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

S487e

Serrano, Alessandra de Campos Fortes Fagundes
Percepção da equipe multiprofissional sobre segurança do paciente: análise sistêmica dos riscos na assistência que podem gerar eventos adversos não infecciosos / Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano. – Diamantina, 2016.
108 p. : il.

Orientador: Angelina do Carmo Lessa
Coorientador: Delba Fonseca Santos

Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente) - Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

1. Segurança do paciente. 2. Qualidade da assistência à saúde. 3. Cultura organizacional. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. I. Título II. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 362.1

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano

PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE: Análise Sistêmica dos Riscos na Assistência que Podem Gerar Eventos Adversos Não Infecciosos.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.ª. Drª. Angelina do Carmo Lessa
Coorientadora: Prof.ª. Drª. Delba Fonseca Santos

Data de aprovação: 06/11/2015

_____

Profa. Angelina do Carmo Lessa
Departamento de Nutrição - UFVJM

_____

Profa. Nadja Maria Gomes Murta
Departamento de Nutrição - UFVJM

_____

Profa. Selme Silqueira de Matos
Departamento de Enfermagem Básica/ Escola de Enfermagem – UFMG

_____

Profa. Rosamary Aparecida Garcia Stuchi
Departamento de Enfermagem - UFVJM

Diamantina

Dedico esta dissertação ao meu **PAI, Abel Fagundes *(in memoriam)***, exemplo de perseverança, força, honradez. Pelo incentivo, mesmo distante, através das suas cartas e recortes de jornais.

Saudades eterna!

Sem você eu não teria chegado até aqui!

AGRADECIMENTOS

Á Deus, por me abençoar em todos os momentos da minha vida. Por ser meu porto seguro nos momentos de angustia.

A minha amada mãe, Regina Fagundes, pelo amor incondicional e as palavras de apoio. A você eu devo tudo e dedico todas as minhas vitórias!

A minha irmã, Bruna Fagundes, por compartilhar comigo as alegrias e angústias desta trajetória.

Aos meus filhos, Lucca Fagundes Serrano e Thiago Fagundes Serrano, que suportaram minha ausência em vários momentos. Vocês são os meus maiores tesouros, amo vocês!!!

Ao meu marido, Paulo Serrano, pelo amor, companheirismo e paciência. Por estar sempre ao meu lado, juntos, vencemos mais um desafio.

Aos meus sogros, Fátima Serrano e Márcio Serrano, sempre prontos a me ajudar.

A minha orientadora, Angelina do Carmo Lessa, obrigada pela confiança e pelos conhecimentos transmitidos. Seus ensinamentos nos permitiram chegar até aqui. Meu respeito e admiração.

A minha coorientadora, Delba Fonseca Santos, por ter dado o *click* inicial do trabalho e apoio.

As professoras, Leida Calegário de Oliveira, Nadja Maria Gomes Murta e Rosamary Aparecida Garcia Stuchi, pelas valiosas contribuições na minha qualificação e defesa.

A professora, Selme Silqueira de Matos, pelo aceite imediato do convite para participar da banca de defesa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Saúde, Sociedade e Ambiente da UFVJM, pela colaboração na minha formação profissional. Agradeço também, pela oportunidade de aperfeiçoar minha formação interdisciplinar.

As amigas Liliany Carvalho, Juliana Santos Neves, Paola, Kelly e Lenniara Pereira, que viveram junto comigo todas as alegrias, angústias de futuras mestras. Valeram a pena todos os risos e choros!!!

À minha turma de mestrado, pelos momentos e conhecimentos compartilhados em sala de aula e/ou fora dela.

Aos amigos Paulo Henrique Cruz e Nathalia Oliveira, pelo suporte durante esta caminhada e pela companhia nas horas difíceis.

Aos colegas da Santa Casa, pela paciência e apoio.

Aos amigos Saulo Falci e Endi Lanza, pelo apoio, amizade e contribuições que me ajudaram a superar limitações.

À instituição, cenário desse estudo, pela oportunidade de desenvolver essa pesquisa.

À equipe multidisciplinar do hospital estudado, por fazer deste sonho uma realidade.

RESUMO

A segurança do paciente, importante tema que se tornou mais evidente desde a década de 90, constitui atualmente tema de relevância crescente entre pesquisadores do todo o mundo. Os eventos adversos ocorrem em qualquer local onde se prestam cuidados de saúde e na maioria das situações são passíveis de medidas preventivas. O objetivo foi analisar as percepções dos profissionais que atuam em um hospital filantrópico do Vale do Jequitinhonha acerca da cultura de segurança do paciente e as possíveis associações com as variáveis sociodemográficas e laborais do estudo. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, observacional, com delineamento de corte transversal realizado em um hospital de médio porte, natureza filantrópica e privada do tipo geral localizada no interior de Minas Gerais. A amostra foi constituída por todos profissionais que atenderam aos critérios de inclusão. Os dados foram coletados no período de fevereiro a julho de 2015, por meio de um instrumento autoaplicável, o *Hospital Survey On Patient Safety Culture*. Os dados foram analisados pelo Programa *Stata,* versão 13.0. Participaram do estudo 209 profissionais, sendo eles, 139 técnicos de enfermagem (66,51%), 29 enfermeiros (13,88%), 8 técnicos de radiologia (3,83%), 6 instrumentadores cirúrgicos (2,87%), 6 médicos (2,87%), 5 fisioterapeutas (2,39%), 5 auxiliares de enfermagem (2,39%), 3 nutricionistas (1,44%), 3 psicólogos (1,44%), 2 farmacêuticos (0,96%), 2 assistentes sociais (0,96%) e 1 fonoaudiólogo (0,48%). Em uma análise geral, referente a concordância em relação as dimensões da cultura de segurança, pode-se notar, que as predominâncias foram de profissionais com mais de 36 anos de idade (71,23%), do sexo feminino (69,46%), cujo tempo de trabalho na instituição era mais de 06 anos (72,84%) e que trabalham em setores críticos (72,59%). Não houve diferença significativa entre o grau de instrução. Referente à carga horária semanal, 86,12% dos participantes relataram trabalhar entre 40 a 59 horas por semana e 95,22% indicaram ter contato direto com o paciente. Os profissionais do estudo atuavam em diversas unidades do hospital, sendo 64,12% em áreas críticas e 35,88% em áreas semicríticas e não críticas, respectivamente. Considerando-se as respostas positivas, as dimensões com maiores percentuais de avaliação positiva foram: expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente (73,68%), aprendizado organizacional, melhoria contínua (72,25%) e trabalho em equipe no âmbito das unidades (71,77%). Por outro lado, as dimensões com menores percentuais de respostas positivas foram: respostas não punitivas aos erros (18,66%), profissionais (36,36%) e percepção geral de segurança do paciente (42,58%).

As variáveis que se mantiveram associadas após a análise multivariada foram: as dimensões Trabalho em equipe no âmbito das unidades - D1, Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente - D2, Profissionais - D6 e o número de eventos notificados nos últimos 12 meses em relação ao tempo de trabalho no hospital, grau de instrução e unidade. Conclusão: Esses achados revelaram uma cultura de segurança com potencial de melhoria para todas as dimensões, possibilitando traçar um modelo de qualidade e segurança mais específico para cada setor.

Descritores: Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Cultura organizacional; Equipe de Assistência ao Paciente; Doença Iatrogênica.

ABSTRACT

Patient safety, an important issue that has become more evident since the 90s, is currently the subject of growing importance among researchers worldwide. Adverse events occurring in any place where we provide health care and in most situations are amenable to preventive measures. The aim was to analyze the perceptions of professionals working in a philanthropic hospital in the Jequitinhonha Valley about patient safety culture and possible associations with the sociodemographic and labor variables of the study. It is a study of quantitative and observational approach, with cross-sectional design conducted in a medium-sized hospital, philanthropic and private nature of the general type located in Minas Gerais. The sample consisted of all professionals who met the inclusion criteria. Data were collected in the period from February to July 2015, through a self-administered instrument, the Hospital Survey On Patient Safety Culture. Data were analyzed using the Stata program, version 13.0. The study included 209 professionals, namely, 139 nursing technicians (66.51%), 29 nurses (13.88%), 8 radiology technicians (3.83%), 6 surgical scrub nurses (2.87%), 6 doctors (2.87%), 5 physiotherapists (2.39%), 5 nurses (2.39%), 3 nutritionists (1.44%), 3 psychologists (1.44%), 2 pharmacists (0.96%), 2 social workers (0.96%) and one speech therapist (0.48%). In an overview, referring to the agreement regarding the dimensions of the safety culture, it may be noted that the predominance were professionals with over 36 years of age (71.23%), female (69.46%), whose work in the institution it was more than 06 years (72.84%) and working in critical sectors (72.59%). There was no significant difference between the level of education. Referring to the weekly working hours, 86.12% of respondents reported working between 40-59 hours per week and 95.22% reported having direct contact with the patient. Professionals in the study worked in various hospital units, 64.12% and 35.88% in critical areas and semi critical/non-critical areas respectively. Considering the positive responses, dimensions with higher positive evaluation percentages were: expectations and actions to promote the safety of the patient supervisor / manager (73.68%), organizational learning, continuous improvement (72.25%) and teamwork within units (71.77%). Moreover, with smaller dimensions the percentage of positive responses were non-punitive responses to errors (18.66%), professional (36.36%) and general perception patient safety (42.58%). The variables that remained associated after multivariate analysis were: the Working dimensions in teams within units - D1, expectations and actions to promote the safety supervisor of the patient / manager - D2, Professionals - D6 and the number of events reported in the last 12 months in relation to working time in the hospital, level of education and unity. Conclusion: These findings reveal a

potential with safety culture improvement for all dimensions, making it possible to draw a model of quality and safety more specific to each sector.

KEY WORDS: Patient safety; Health care quality; Organizational culture; Care Team Patient; Iatrogenic Disease.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Capítulo 1

Figura 1 – Modelo do "Queijo Suíço" 23
Quadro 1 – Indicadores de segurança do paciente desenvolvidos pela AHRQ 31
Quadro 2 – Indicadores de segurança do paciente propostos no PNSP 32
Quadro 3 - Reclassificação das respostas originais do questionário HSOPSC 43

Capítulo 2 – Artigo 1

Gráfico 1 - Percentual de respostas positivas obtidas para cada dimensão da cultura de segurança do paciente. Diamantina, MG, Brasil 2015. 52

LISTA DE TABELAS

Capítulo 2 – Artigo 1

Tabela 1 - Distribuição das categorias profissionais. Diamantina, MG, Brasil 2015. 51
Tabela 2 - Distribuição das dimensões com maiores percentuais positivos referentes à cultura de segurança do paciente por itens. Diamantina, MG, Brasil, 2015. 53
Tabela 3 - Distribuição das dimensões com menores percentuais positivos referentes à cultura de segurança do paciente por itens. Diamantina, MG, 2015..... 54

Capítulo 2 - Artigo 2

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos profissionais participantes da pesquisa. (n=209). Diamantina, MG, Brasil, 2015. 69
Tabela 2 - Razão de chances (OR) bruta para as respostas positivas nas variáveis (nota geral do grau de segurança, o número de notificações nos últimos 12 meses, as dimensões e o geral) segundo as variáveis independentes. Diamantina, MG, Brasil, 2015. 69
Tabela 3 - Razão de chances (OR) ajustada para as respostas positivas nas variáveis (nota geral do grau de segurança, o número de notificações nos últimos 12 meses, as dimensões e o geral) segundo as variáveis independentes. Diamantina, MG, Brasil, 2015..... 70

LISTA DE SIGLAS

AHRQ	*Agency for Healthcare Research and Quality*
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
EA	Eventos Adversos
WHO	*World Health Organization*
OMS	Organização Mundial de Saúde
IOM	*Institute Of Medicine*
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID-9-MC	Classificação Internacional de Doenças com Modificação Clínica
EUA	Estados Unidos da América
GDH	Grupos Diagnósticos Homogéneos
HSOPSC	*Hospital Survey On Patient Safety Culture*
IC	Intervalo de Confiança
ICPS	*International Classification for Patient Safety*
MG	Minas Gerais
MS/GM	Ministério da Saúde
OR	*Odds Ratio*
PSI	*Patient Safety Indicators*
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFVJM	Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri
UPP	Úlcera Por Pressão
WHA	*World Health Assembly/* Assembleia Mundial da Saúde

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO 15

1 INTRODUÇÃO 15
2 OBJETIVOS 18
2.1 Objetivo geral 18
2.2 Objetivos específicos 18
3 REVISÃO DE LITERATURA 19
3.1 Qualidade em saúde 19
3.2. Os eventos adversos e o impacto na segurança do paciente 21
3.3 Segurança do paciente 25
3.4 Indicadores de qualidade na segurança do paciente 30
4 MATERIAIS E MÉTODOS 33
4.1 Tipo de estudo 33
4.2 Local de estudo 33
4.3 Participantes do estudo 34
4.4 Aspectos éticos 35
4.5 Coleta de dados 35
4.5.1 COLETA DE DADOS – Instrumento para coleta de dados 36
4.5.2 COLETA DE DADOS – Aplicação do Instrumento 40
4.6 Análise de dados 42

CAPÍTULO 2 – ARTIGO 1 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL FILANTRÔPICO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL 45

RESUMO 45
ABSTRACT 46
RESUMEN 47
INTRODUÇÃO 47
MATERIAIS E MÉTODOS 49
RESULTADOS 50
DISCUSSÃO 56
CONSIDERAÇÕES FINAIS 58
REFERÊNCIAS 59

CAPÍTULO 3 – ARTIGO 2 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E FATORES ASSOCIADOS EM UM HOSPITAL FILANTRÔPICO 62

RESUMO 62
ABSTRACT 63
RESUMEN 64
INTRODUÇÃO 65
MATERIAIS E MÉTODOS 66
RESULTADOS 68
DISCUSSÃO 71
CONSIDERAÇÕES FINAIS 74
REFERÊNCIAS 75

4 CONCLUSÃO **79**

REFERÊNCIAS **82**

APÊNDICE **87**

ANEXO **90**

CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO

Para discorrer sobre o tema proposto, trabalharemos inicialmente, neste primeiro capítulo com introdução, objetivos e revisão de literatura.

1 INTRODUÇÃO

A ocorrência de Eventos Adversos (EA) é um indicador da distância entre o cuidado ideal e cuidado real, sendo o enfrentamento deste problema um desafio contínuo nos serviços de saúde. Os eventos adversos são, em sua maioria, evitáveis, se consideradas a adoção das medidas preventivas necessárias para tal. Referidas mudanças preventivas, quando adotadas, reduzem a ocorrência de eventos adversos a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado aos cuidados a saúde, resta assim definida a segurança do paciente (WHO, 2009).

Diante deste contexto, ao iniciar o mestrado profissional na área interdisciplinar, interessei-me pela temática, segurança do paciente, por acreditar na importância da matéria para os serviços e sistemas de saúde. A falta de segurança do paciente, é considerada na atualidade, um problema de saúde pública, apontando, portanto, uma necessidade de desenvolvimento das estratégias de monitoramento dos erros e melhoria na qualidade da segurança do paciente.

Esta problemática foi evidenciada a nível hospitalar pelos resultados do *Harvard Medical Practice Study,* no qual foram investigados os eventos adversos sofridos pelos pacientes durante o período de sua internação. Este estudo mostrou que a incidência de eventos adversos foi de 3,7% do total de internações, sendo que 13,6% desses eventos evoluíram para óbito. Em virtude da análise destes estudos, fora percebido pelos pesquisadores que, mais da metade dos eventos adversos poderiam ter sido evitados (BRENNAN et al., 1991; LEAPE, 1994).

Posteriormente, o *Institute of Medicine (*IOM) lançou uma publicação intitulada "*To err is human*", que reforçou as conclusões do estudo de *Harvard,* alertando sobre a falta de segurança nas instituições americanas e a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em nível organizacional (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Após esta publicação, houve uma mobilização da classe médica, das instituições de saúde, das organizações norte-americanas e de vários países, gerando discussões sobre a questão do EA, envolvendo custos sociais e econômicos consideráveis à população e ao governo (REIS,

2013). Percebeu-se que as técnicas de segurança utilizadas em outras instituições, como as industriais, possuíam o foco primário no sistema, ao invés nos indivíduos. Esta abordagem tradicional de culpabilidade do indivíduo, não somente o distancia do foco da melhoria sistêmica da qualidade, como também contribui para desencorajá-los a notificarem os erros, uma vez que podem sofrer consequências frente a isso (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Portanto, o que orienta este pensamento é que os EAs não são causados por pessoas de conduta errada, mas por sistemas que foram mal projetados, de forma que produzem resultados ruins. Neste contexto, as instituições, em busca de uma melhoria da qualidade na assistência investem na implantação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, cujo foco está em procurar as falhas sistêmicas e não os culpados para punir (LEAPE, 1994).

Diante de todo o exposto, observa-se que, cultura de segurança no tocante à área da saúde, é o conjunto de valores, atitudes, percepções e competências individuais ou grupais que determinam o empenho nas questões inerentes, inclusive, à segurança do paciente em uma instituição de saúde. Considera-se, portanto, fundamental, o desenvolvimento de um sistema voltado para práticas de segurança voltadas à saúde dos pacientes em instituições que tratam destes (SORRA; NIEVA, 2003).

Nessa perspectiva, estudar a cultura de segurança dentro de um hospital, permeia a oportunidade de conhecer os fatores intervenientes no processo de segurança do paciente. Assim, pode-se dizer que, em certos ambientes, há uma cultura organizacional que favorece a, mudança enquanto em outros, ela pode não existir (DIAS, 2013).

Diante disso, torna-se relevante e atual conhecer e refletir sobre a cultura de segurança na percepção da equipe multiprofissional, visto que afeta diretamente a prática profissional. A partir desta reflexão, permitiu-se reforçar os pontos fracos e adequar os fortes de modo a dar suporte nas ações de melhoria na qualidade de segurança do paciente.

A escolha da temática “Percepção da Equipe Multiprofissional sobre Segurança do Paciente: Análise Sistêmica dos Riscos na Assistência Advindos dos Eventos Adversos Não Infecciosos, em um Hospital do Vale do Jequitinhonha” emergiu da minha experiência profissional enquanto enfermeira assistencial e posteriormente como enfermeira da qualidade. Durante minha experiência, atuando no setor da qualidade, pude expandir meus conhecimentos e aprendi a visualizar uma instituição hospitalar de uma forma bem mais ampla. A visão à priori, restrita a um único ponto de referência, dá lugar agora, a um olhar

sistêmico, global e altamente organizado. A partir deste momento, passei a observar que as falhas podem acontecer em todos os setores e em qualquer instituição.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar a percepção de uma equipe multiprofissional acerca da cultura de segurança do paciente em um Hospital filantrópico do Vale do Jequitinhonha, MG.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a percepção da cultura de segurança pela equipe multiprofissional, segundo as dimensões do instrumento *HSOPSC*.
- Identificar os pontos fortes e fracos da cultura de segurança do paciente no sentido de promover oportunidades de melhoria.
- Caracterizar a equipe multiprofissional, segundo as variáveis sociodemográficas e laborais.
- Verificar se há associação entre as variáveis dependentes (nota geral do grau de segurança, número de notificações nos últimos 12 meses, as dimensões e o geral de respostas positivas da pesquisa sobre a percepção de cultura de segurança do paciente) e as variáveis independentes (anos de trabalho no hospital, unidade, sexo, grau de instrução e idade).

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para discorrer sobre o tema e o objeto de estudo, esta revisão de literatura é composta pelos temas qualidade em saúde, a teoria do erro humano e suas interconexões com os riscos advindos da assistência, segurança do paciente e indicadores de qualidade na segurança do paciente.

3.1 Qualidade em saúde

Devido às grandes transformações socioeconômicas e tecnológicas, houve uma mudança significativa na prestação de serviços médico-hospitalares, que antes eram simples, menos efetivos e relativamente seguros, tornando-se atividades mais complexas, efetivas e dinâmicas, porém potencialmente mais perigosas, o que favoreceu a ocorrência de eventos adversos (CHANTLER, 1999; CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

Em 1957, através do Informe Técnico nº. 122, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu hospital como sendo, "parte integrante de um sistema coordenado de saúde" tendo como função a assistência integral à saúde, englobando tratamento curativo e preventivo além de atendimento à família, seja em domicílio ou em âmbito hospitalar. Para complementar as funções hospitalares, é considerado um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para os envolvidos em pesquisas biossociais.

Pode-se afirmar que os primeiros modelos direcionados ao cuidado do paciente, não são recentes, uma vez que, tiveram o seu início durante a Guerra da Criméia em 1855, quando a enfermeira Florence Nightingale (1820 – 1910) desenvolveu métodos de coleta de dados que objetivavam a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos feridos de guerra (ONA, 2006).

Outrossim, Donabedian (1966) também contribui de forma significativa para a definição da qualidade no que tange a saúde, disponibilizando para seus pacientes e trabalhadores, um ambiente mais seguro, capaz de diminuir os riscos e proporcionar uma metodologia mais eficaz na assistência à saúde.

Para isso, a melhoria da qualidade deve ser pautada no estabelecimento de normas e protocolos, baseados em conhecimentos técnicos-científicos atuais que organizam as ações e práticas em padrões previamente definidos (BRASIL, 2006).

Após a Segunda Guerra Mundial, na primeira metade do século XX, Edward Deming e Joseph Juran desenvolveram no Japão a Teoria da Melhoria Contínua da Qualidade, tendo como princípio a procura contínua em oportunizar melhoria em todos os processos industriais, denominado à época, Qualidade Total e, posteriormente estendido para o setor da saúde por Berwick (1989).

Na segunda metade do século XX, a abordagem sobre qualidade do cuidado com a saúde emergiu nos Estados Unidos da América (EUA) a partir do trabalho de Donabedian (1980). Ele definiu um modelo para avaliar o cuidado em saúde baseado em três pilares, "estrutura" que inclui a infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e suprimentos necessários; o "processo" que se refere ao cuidado ao paciente, baseado em protocolos e intervenções que são realizadas dentro do sistema; e o "resultado" que é o impacto desses processos sobre o estado de saúde do paciente e dentro da organização (DONABEDIAN, 1980).

Segundo Palmer, Donabedian e Povar (1991), garantir a qualidade é, basicamente, se esforçar para achar e superar problemas com qualidade. Ou seja, é modificar o desempenho e o comportamento dos profissionais, das instituições e dos sistemas em direção a práticas mais apropriadas e aceitáveis em termos de resultados e custos para a saúde. Para compreender melhor o conceito de qualidade em saúde, Donabedian estabeleceu em sete os atributos de cuidados à saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

Para o Institute of Medicine (1990), a qualidade em saúde é o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados favoráveis e, diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, de acordo com a prática profissional recente.

Tais definições de qualidade englobam uma diversidade de termos relativos à excelência, expectativas ou objetivos que precisam ser alcançados. Os serviços de saúde são categorizados em bons e ruins, dando a noção da qualidade em termos quantificáveis (FRIAS et al., 2010).

O envolvimento de todos os setores de uma instituição é indispensável para que se alcance a Qualidade Total. Dentro de uma instituição os vários setores se comportam como fornecedores e clientes. Destarte em uma rede interna de prestação de serviços, o produto

final depende da qualidade do serviço de cada setor, tornando-se de extrema importância a motivação e o comprometimento de todos os colaboradores da instituição para o alcance da qualidade total (JURAN; GRYNA, 1991).

Nesse sentido, a qualidade em saúde tem como principal objetivo, assegurar ao cliente que todos os esforços da organização estejam voltados para a maximização dos cuidados e benefícios de forma a minimizar os riscos que são inerentes aos procedimentos médicos – terapêuticos (FERREIRA, 2007).

Cabe ressaltar que um componente crítico em todo o mundo para a melhoria da qualidade é o número cada vez mais crescente de eventos adversos (EA), isto é, lesões ou danos ao paciente ao receberem cuidados assistenciais mal prestados. Todavia, quando se reporta aos serviços de saúde como complexos, verificamos que esses eventos são possíveis de acontecer, fazendo-se necessário o aprofundamento na temática do erro e as suas interconexões com os riscos advindos da assistência, aspectos abordados a seguir.

3.2. Os eventos adversos e o impacto na segurança do paciente

Nos últimos decênios, passou-se a admitir que os hospitais não apenas curam doenças e aliviam a dor, mas também causam danos e infortúnio ao paciente e a seu familiar (WHO, 2008).

No entanto, esta não é uma preocupação recente, pois, em 1863, a precursora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, no livro *Notes on Hospitals*, já afirmava que, mesmo causando estranheza, era preciso enunciar como primeiro dever de um hospital não causar dano ao paciente (NIGHTINGALE, l863).

Apesar de ser nítida a preocupação de vários precursores da saúde, os estudos que envolvem as questões relacionadas ao erro humano são recentes e têm sua origem no campo da aviação e engenharia nuclear, com o objetivo de tornar as ações, nessas áreas, cada vez mais seguras (ROSA, 2002).

A importância da abordagem desta temática na saúde se faz devida uma vez que, a prestação de serviços nesta área é complexa, abrangendo vários setores tais como mão de obra, materiais, produtos e processos que se interligam, formando todos, um único sistema. A ocorrência de EA é consequência de um problema de processo ocorrido em um ou mais fatores acima citados. Consequentemente, a assistência médico-hospitalar necessita de uma intervenção contínua de conhecimentos gerenciais, de modo a reduzir falhas provenientes das

descontinuidades dos processos sistêmicos no cuidado com o paciente (QUINTO NETO, 2008).

As falhas na segurança do paciente são discutidas baseadas na teoria sobre o erro humano, proposta por James Reason. Nesta, o erro humano é compreendido como um ato não proposital de uma ação incorreta ou não executada a contento de forma a alcançar um objetivo (REASON, 2000, 2003).

Reason relata que a abordagem centrada no indivíduo é decorrente de processos mentais como, esquecimento, desatenção, baixa motivação, entre outros. Portanto, as formas de prevenção do erro devem atuar no comportamento humano, incluindo medidas disciplinares para correção da falha (REASON, 2000, 2003).

Outrora na publicação do relatório "Errar é humano...", prevalecia o entendimento de que as falhas assistências ocorriam basicamente por ações de profissionais que, a princípio, deveriam ser identificados e punidos. Esta teoria era de que a punição reduziria a incidência de falhas (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Essa atitude perpetuava também nos cursos de medicina e de enfermagem, sendo apoiadas por um sistema judiciário de responsabilização pelo erro, mostrando-se limitado à medida que aumentava a complexidade das ações médico-assistenciais, incentivava o encobrimento desses eventos e intitulava os profissionais como "maçãs podres" (REASON, 2000).

Embora o método acima explicitado fosse pertinente à gerência e à época, não possuía qualquer tipo de valor corretivo, a não ser, promover o isolamento do profissional errático, da situação mormente em questão.

O relatório "Errar é humano..." possibilitou uma nova forma de compreensão dos eventos assistenciais que causavam danos aos pacientes. Os danos decorriam das falhas nos processos e sistemas defeituosos, as quais deveriam sofrer modificações e não das ações específicas dos indivíduos, como se pressupunha (LEAPE, 1994). Reason (2003) corrobora para este entendimento, uma vez que mostra que os seres humanos são falhos e, assim sendo os erros são esperados, mesmo nas instituições com processos bem preparados. Os erros são visualizados como consequências e não como causas.

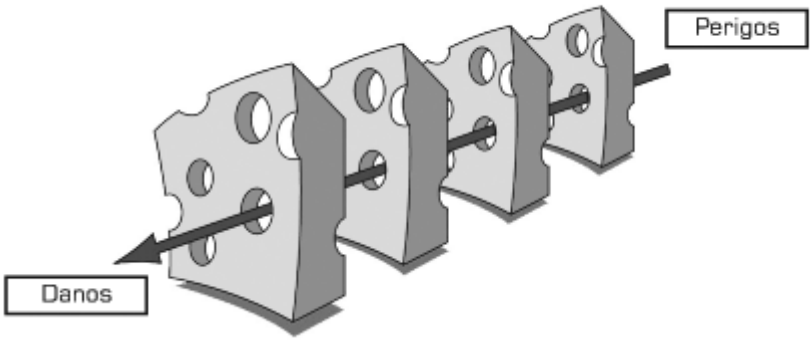
Segundo Leape (1994), o que orienta este pensamento é que os EAs não são causados por pessoas de condutas errôneas em sua profissão, mas sim por sistemas que foram mal elaborados que por fim, produzem resultados ruins. Esse conceito retira o foco, relativo a segurança do paciente, do indivíduo e o transfere para o sistema. Ainda, segundo esse autor,

no atual ambiente das instituições de saúde, pelo menos seis grandes mudanças são requeridas para iniciar a jornada com vistas a uma cultura da segurança:

- É necessário mudar a busca de erros antes vislumbrados como falhas individuais, para entendê-los como causados por falhas genuinamente sistemáticas.
- É necessário mudar de um ambiente punitivo para uma cultura educadora.
- Mudar do sigilo para a transparência.
- O cuidado deve ser centralizado no paciente e não mais no médico.
- Mudar os modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente, para modelos de cuidado realizado por equipe multiprofissional, interdependente, colaborativa e interdisciplinar.
- A prestação de contas é universal e recíproca, e não do topo para a base.

O modelo do queijo suíço, proposto por James Reason, ilustra um queijo suíço com vários buracos que estão em constante movimento dentro do sistema (FIGURA 01). Os buracos em cada fatia, ocasionalmente não causam um mau resultado, porém, se os mesmos estiverem alinhados, poderão propiciar oportunidades para a ocorrência de um acidente/erro, capaz de trazer um risco ou dano iminente às vítimas, cliente ou instituição (REASON, 2000). Contudo, para dirimir tal situação, tem-se a possibilidade de inclusão de barreiras próprias no cuidado ao paciente, capazes de garantir uma maior segurança e diminuir a probabilidade de erros advindos da assistência. Essas barreiras podem ser estruturais, comportamentais ou administrativas, dependendo do processo executado.

Figura 1 – Modelo do "Queijo Suíço"



Fonte: REASON (2000)

Assim, consideram-se como barreiras de defesa relativas às assistências ao paciente, todas as ferramentas criadas e adaptadas para a finalidade de segurança, como os relatos de incidentes, auditorias, tecnologia, conhecimento do profissional e revisão de processos. O objetivo único e esperado é exatamente beneficiar o doente e evitar qualquer lesão decorrente dos cuidados (SCHWONKE, 2012).

Além das ferramentas citadas acima, os "*bundles"*, reúnem um pequeno grupo de intervenções em formato de pôster que, quando implementadas em conjunto, resultam em melhorias substanciais na assistência em saúde. Diferente dos protocolos convencionais, nos "*bundles"* não é necessário incluir todas as estratégias terapêuticas, deve-se considerar custo, facilidade de implementação e aderência a essas medidas, pois o objetivo desse modelo é ser um conjunto pequeno e simples de práticas baseadas em evidências (SILVA; NASCIMENTO; SALLES, 2012).

Estima-se que, no mundo, cinco milhões de pessoas morram por ano vítimas de erros na prescrição e, ou na administração de medicamentos, além de outras intercorrências advindas do ambiente hospitalar. A excelência de um hospital depende mais da segurança dos processos operacionais e de gestão do que dos recursos tecnológicos nele aplicados.

Caso as tecnologias de gestão sejam bem elaboradas e executadas, servirão a um digno propósito: aperfeiçoar o desempenho da empresa, permitindo a sobrevivência de organizações competitivas, não obstante as turbulências e a quebra de constantes paradigmas (PORTER, 1993; ARAUJO, 2001; ANDREASSI, 2007).

Outros estudos realizados na Austrália, na Inglaterra, no Canadá, na Nova Zelândia, na Dinamarca, na França, em Portugal, na Turquia, na Espanha, na Suécia, na Holanda e no Brasil, utilizaram o mesmo método do estudo de Harvard, na qual foram investigados os eventos adversos sofridos pelos pacientes durante o período de sua internação e confirmaram uma alta incidência de EAs. Em média, 10% dos pacientes internados sofreram algum tipo de EA e destes 50% eram evitáveis (BRASIL, 2014).

Em relação as taxas de EA evitáveis nos hospitais brasileiros, esse número é consideravelmente maior, uma vez que o índice nestas, é cerca de 67% considerando-se todos os EA (PAIM et al., 2011).

A OMS, em 2004, desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety* – ICPS), contendo 48 conceitos-chave. Os principais conceitos da ICPS, suas definições e termos preferidos foram traduzidos para o português pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do

Paciente (Proqualis), em 2010. Os conceitos chaves definidos, foram: (RUNCIMAN et al., 2009).

- Erro é definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução.
- Incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes classificam-se como, *near miss* que é o incidente que não atingiu o paciente; incidente sem dano que é o evento que atingiu o paciente, mas não causou danos e incidente com dano (evento adverso) que é o incidente que resulta em dano ao paciente.

Dessa forma, as instituições que trabalham atualmente com ações de segurança do paciente, tratam o erro como algo complexo de um processo ampliado que associam a equipe, a instituição, o paciente e o acompanhante em um sistema novo de gerenciamento de risco (PIRES; PEDREIRA; PETERLINI, 2013). No momento em que se sistematizam a possibilidade de ocorrência de erros, minimizam-se as críticas ao indivíduo e as ações isoladas no sistema (CINTRA et al., 2010).

Portanto, no item a seguir, o tema segurança do paciente, será explorado de maneira mais abrangente e complexa uma vez que, se tornou uma questão central nas agendas a partir do início do século XXI, encarado como um grave problema de saúde pública.

3.3 Segurança do paciente

Em virtude de toda a movimentação a despeito da qualidade e eventos adversos no mundo, a assistência à saúde vive hoje em um paradoxo, no qual de um lado está o aumento de atendimentos médicos, e, de outro, o cliente, com denúncias cada vez mais recorrentes de atendimentos não satisfatórios.

Infelizmente, a sociedade atual, traz o conceito de que o profissional de saúde não pode errar e que só é necessário ter atenção para não cometer nenhum erro. Poucos se dão conta que errar é humano (REASON, 2000).

Assim sendo, os assuntos gritantes de ocorrências de eventos adversos ganham os espaços midiáticos e condenam apenas os profissionais e não o sistema, como já relatado anteriormente.

Diante desta situação, a posição dos profissionais da área não poderia ser outra que não seja, se sentirem acuados, humilhados e temerosos por punições. Desta forma, defronte de tal ameaça, por diversas vezes, eles omitem os erros, não registrando tampouco divulgando-os, o que coloca em risco o comprometimento das ações de segurança do paciente.

A comunicação escrita, aplicada nas instituições de saúde é obrigatória e deve ser atualizada constantemente, informando os dados, intervenções e procedimentos realizados. Esta forma de comunicação deve ser feita através de registros pela equipe de saúde, tais como: prontuário, relatório, boletins de ocorrências e outros (MATOS; CARVALHO, 2002).

Neste sentido, o registro em prontuário hospitalar é um instrumento de suma importância para a comunicação entre a equipe de saúde. Torna-se importante destacar que a elaboração do registro faz parte dos deveres legais do exercício da profissão da equipe de saúde. Através dos registros é possível estabelecer a continuidade do cuidado, uma vez que viabiliza a todos os membros da equipe de saúde informações sobre os problemas de saúde identificados, ações e resultados dos cuidados prestados. Vale ressaltar, as contribuições de Michel Foucault (1997), sobre o papel do registro no processo de nascimento do hospital moderno, concomitantemente ao nascimento da clínica. A viabilidade de se iniciar no processo de registro, esta vinculada as mudanças na concepção de doença, de clínica e de hospital como espaço terapêutico (FOUCAULT, 1997; MESQUITA, 2010; BARRAL, 2012).

Além disso, podemos citar a síndrome de *burnout* como sendo o ponto máximo do estresse profissional, na qual a característica principal é a inoperância de algo por exaustão energética, expresso por meio de um sentimento de fracasso e exaustão. Esta síndrome acomete quem trabalha sob condições precárias, sendo os profissionais de saúde os mais vulneráveis, devido a tensão emocional advinda da responsabilidade de cuidar das pessoas. A percepção pelo profissional da falta de feedback é um elemento que merece destaque na síndrome de *burnout* (MAGNABOSCO, 2009; GALINDO et al., 2012; LIMA et al., 2013).

Segundo a OMS, a segurança do paciente é definida como uma diminuição, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009). O Institute of Medicine (1990) vai de encontro com a definição da OMS, e ainda complementa dizendo que a padronização de sistemas e processos operacionais tem como objetivo diminuir a probabilidade de ocorrência de erros, mas, sobretudo de aumentar a probabilidade de agir sobre os erros, após sua identificação. Já para a *Agency for Healthcare Research and Quality (*AHRQ), segurança do paciente é a ausência de potencial para

ocorrência de danos ou ausência de ocorrência de danos associados a cuidados ao paciente (AHRQ, 2003).

Segundo o Dicionário Canadense de Segurança do paciente (2003), segurança do paciente é considerada uma nova ciência no âmbito da assistência à saúde, possuindo vários conceitos. Ademais, recomenda que a Segurança do paciente seja definida como a redução e mitigação de atos inseguros dentro do sistema de cuidados de saúde, bem como através da utilização de melhores práticas que conduzem à melhora dos resultados dos pacientes.

Este conceito prático se mostra bem útil, tendo como propósito reduzir situações indesejáveis decorrentes da assistência ao paciente e, no caso da ocorrência, dispor de ações que limitem o dano e a chance de reincidência.

Ressalta-se que, nem mesmo os hospitais mais bem estruturados, são capazes de eliminar as ocorrências de eventos adversos, sendo que, o diferencial está na frequência em que ocorrem e na forma com que são abordados.

Por conseguinte, tem-se que, a importância da estruturação destas instituições é que as mesmas possam desenvolver a capacidade de aprender com as falhas e traçar metodologias mais seguras na prestação da assistência. (QUINTO NETO, 2008)

No decorrer dos anos, a qualidade e a segurança do paciente foram se tornando os pontos chaves de uma assistência segura, tendo como base, um estudo de *Harvard*, no qual, em 1991, foi evidenciado, um alto número de EA sofridos pelos pacientes internados em hospitais americanos. Neste estudo, a incidência de eventos adversos foi de 3,7% do total de internações, sendo que metade destes poderiam ter sido evitados e que 13,6% dos pacientes que apresentavam algum dano evoluíram para óbito (BRENNAN et al., 1991).

Diante da mobilização mundial e dos impactos após as publicações dos variados relatórios, a OMS, durante a 55ª Assembleia Mundial da Saúde de 2002, adotou a resolução WHA 55.18, “Qualidade da atenção: segurança do paciente”. A comunidade científica aprofundou-se no assunto a fim de conhecer os principais pontos críticos na assistência à saúde, buscando minimizar as falhas e promover a melhoria da qualidade dos serviços, corroborando assim para uma maior segurança ao paciente (WHO, 2008; BRASIL, 2013).

Na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (WHO, 2008). Com o intuito de definir prioridades na área de segurança do paciente e despertar nos países participantes o compromisso pelo desenvolvimento de políticas públicas nesta área (BRASIL, 2014).

Em 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, identificou seis áreas de atuação, caracterizando-as como metas, quais sejam:

Meta 1 – Identificar os pacientes corretamente;

Meta 2 – Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência;

Meta 3 – Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (*high-alert medications*);

Meta 4 – Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;

Meta 5 – Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;

Meta 6 – Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas;

Neste contexto surge o conceito de cultura de segurança, que emergiu de uma cultura organizacional mais ampla. Para tanto, ações isoladas da OMS não suprem a necessidade local. Para a melhoria dos processos internos, uma abordagem sistêmica das ações, com um trabalho amplo na percepção da cultura de segurança é vital para o bom andamento do processo assistencial e segurança do paciente. O termo cultura possui várias definições e para que possamos nos aprofundar mais sobre o tema, é necessária uma breve explanação sobre o significado de cultura organizacional.

À vista disso, pode-se observar que, dentro das organizações, há uma divisão entre elementos formais, que são a estrutura física, operacional e organizacional e por outro lado os elementos informais, que são os hábitos, as práticas e os costumes. Portanto, pode-se considerar que toda organização possui sua cultura própria, compartilhada com todos os profissionais, sendo por meio da cultura organizacional que surge o conceito de cultura de segurança, pressuposto norteador das práticas seguras nos serviços de saúde (DIAS, 2013).

Portanto, 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, desenvolvendo uma cultura de segurança.

A cultura de segurança do paciente tem com uma de suas definições as propostas pela OMS, “a cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares” (BRASIL, 2013).

Desta forma, todos os esforços, desde o nível local até o internacional, devem ser empreendidos no sentido de promover e efetivar a cultura da segurança no cuidado ao paciente.

Cabe ressaltar, que o Brasil, possui uma importante contribuição para a segurança do paciente, qual seja, a avaliação externa. A vigilância sanitária, os serviços de hemoterapia, as comissões organizadoras, os órgãos certificadores, as organizações não governamentais de acreditação possuem um importante papel estratégico na melhoria da qualidade dos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2014).

É importante salientar que as não conformidades encontradas nas inspeções reorientam o planejamento dos estabelecimentos de saúde e constituem uma oportunidade de melhoria da qualidade e da segurança do paciente. Entre essas medidas, inclui-se a adoção da rotina de realização de auditorias internas periódicas (BRASIL, 2013).

Para que isso ocorra é necessário que os gestores e os profissionais de saúde criem uma cultura de segurança, organizem um comitê que gerencie o programa de melhoria de qualidade e segurança e introduza a prática do uso de protocolos e diretrizes clínicas nos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, visando contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1° de abril de 2013. Para o êxito do PNSP, as ações devem ser articuladas juntamente com as políticas de saúde, objetivando o cumprimento de normas e regulamentos que regem as instituições de saúde (BRASIL, 2014).

A Portaria MS/GM nº 529/2013, no artigo 3º, define como objetivos específicos do PNSP: promover e apoiar a implantação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente e fomentar a inclusão do tema Segurança do Paciente no ensino técnico, na graduação e na pós-graduação na área da Saúde.

A cultura de segurança do paciente perpassa todos os eixos da PNSP que são: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema (BRASIL, 2014).

Diante do fato de qualificar as instituições de saúde, é importante salientar que essas instituições são remuneradas pelas fontes pagadoras sem que se leve em conta a segurança do paciente. A fonte pagadora não incentiva as instituições a investirem na segurança do paciente e na qualidade assistencial, proporcionando o oposto, ou seja, os

incidentes aumentam as receitas através de mais exames, mais dias de internação e mais procedimentos. Se observa, portanto, que os resultados institucionais ainda não são valorizados, sendo esta, uma área em que as fontes pagadoras poderiam contribuir no sentido de investir na melhoria da qualidade e na segurança do paciente (LEATHERMAN, 2003; PORTER; TEISBERG, 2007).

3.4 Indicadores de qualidade na segurança do paciente

No Brasil, há uma preocupação das instituições de saúde com os elevados custos da não qualidade que são relacionados ao retrabalho por processos ineficientes, morbidade e mortalidades elevadas, que por sua vez, geram um comprometimento da imagem da organização, demandas judiciais, dentre outras (COUTO; PEDROSA, 2007).

Na busca pela excelência na assistência, uma importante estratégia de qualidade é o monitoramento dos processos internos, através dos indicadores de saúde. Isto evidencia quais processos necessitam de uma avaliação mais direta e focam nas falhas susceptíveis à exposição e à prevenção através de mudanças no sistema (GOUVÊA; TRAVESSOS, 2010; PORTO, 2014).

Um indicador é utilizado como uma medida qualitativa e quantitativa que fornece dados do estado de saúde do indivíduo, como também do desempenho do sistema de saúde (RIPSA, 2002). O intuito do uso do indicador é fornecer pistas e indicar a direção a seguir, trabalhando em áreas com possibilidade de intervenções para a melhoria de sua atuação.

Nessa perspectiva, Gouvêa (2010), concebe que um indicador pode ser definido de três maneiras, são elas:

- Taxa – é a variação de um valor y em função de x, com período definido;
- Razão - é o quociente entre duas medidas, em que o denominador não inclui o numerador;
- Proporção - é o quociente entre duas medidas, em que o numerador está incluído no denominador.

Refletindo sobre os indicadores, conclui-se que eles devem apresentar algumas características básicas, tais como: fácil obtenção, utilidade, confiabilidade, simplicidade, validade, sensibilidade, abrangência, para uma mensuração correta dos dados (CAMINHA; CASARIN; BUENO, 1974).

Baseando-se na tríade de Donabedian (1980), um indicador de processo avalia o que foi feito em um paciente, mas, para ser válido, deve existir evidência demonstrando que os processos avaliados conduzem a melhores resultados.

Ainda, o indicador de estrutura, está relacionado à comprovação de que os componentes estruturais aumentam a probabilidade de bons resultados.

E por fim, os indicadores de resultado, possuem um aspecto importante a se considerar quais sejam, os múltiplos fatores que interferem no estado de saúde dos pacientes, aumentando a possibilidade de resultados diferenciados (SOUZA et al. 2007).

Segundo a *Association of Public Health Observatorie*, os indicadores podem também ser usados de três maneiras amplas, para compreender um sistema; para monitoramento do desempenho e para prestação de contas (PENCHEON, 2008).

A AHRQ, em 2002 desenvolveu indicadores hospitalares de segurança do paciente (*Patient Safety Indicators – PSI*). Os indicadores foram construídos com bancos de dados administrativos e identificados a partir de códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID), 9ª Revisão, com Modificação Clínica (CID-9-MC) (MCDONALD et al., 2008) (QUADRO 1).

Quadro 1 – Indicadores de segurança do paciente desenvolvidos pela AHRQ

INDICADORES
1. Taxa de complicações da anestesia
2. Taxa de mortalidade de pacientes cirúrgicos com graves condições tratáveis
3. Número de objetos estranhos deixados no corpo durante a prestação de cuidados cirúrgicos ou clínicos*
4. Taxa de infecção relacionada a cateter venoso central
5. Taxa de deiscência de ferida pós-operatória*
6. Taxa de desordem fisiológica e metabólica pós-operatória
7. Taxa de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatórias*
8. Taxa de falência respiratória pós-operatória
9. Taxa de fratura de quadril/fratura de anca pós-operatória
10. Taxa de hemorragia ou hematoma pós-operatórios*
11. Taxa de óbitos em Grupos Diagnósticos Homogéneos (GDH)
12. Taxa de pneumotórax iatrogênico
13. Taxa de puncionamento ou laceração acidental
14. Taxa de sépsis pós-operatória
15. Taxa de úlceras por pressão
16. Número de reações transfusionais
17. Taxa de lesões no neonato (trauma no nascimento)
18. Taxa de trauma obstétrico em partos vaginais com instrumentação
19. Taxa de trauma obstétrico em partos vaginais sem instrumentação
20. Indicador de segurança do paciente composto (composição de PSIs selecionados)

Fonte: AHRQ (2013).

Os indicadores de segurança do paciente da AHRQ são definidos como:

> "indicadores da qualidade específicos que também refletem a qualidade do cuidado nos hospitais, mas focam em aspectos da segurança do paciente. Especificamente, os PSI rastreiam problemas que os pacientes vivenciam como resultado da exposição ao sistema de saúde, e que são susceptíveis à prevenção, através de mudanças ao nível do sistema ou do prestador" (MCDONALD et al., 2008).

Vários estudos corroboram sobre a importância de não se impor uma sobrecarga de custos e trabalho nos programas de monitoramento. Deve-se investir na produção de informações de saúde transparentes para nortear os programas de monitoramento, encorajando o compromisso de todos na melhoria da qualidade (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010).

O recente Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançado pelo Ministério da Saúde brasileiro, orienta a adoção de indicadores de monitoramento incluídos nos protocolos definidos abaixo:

Quadro 2 – Indicadores de segurança do paciente propostos no PNSP

PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA
• Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado. • Número de cirurgias em local errado. • Número de cirurgias em paciente errado. • Número de procedimentos errados. • Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco. • Taxa de adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura
PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE
Indicador obrigatório • Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia. • Consumo de sabonete: monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia. Indicador recomendável • Percentual de adesão: número de ações de higiene das mãos realizadas pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.
PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO - UPP
• Percentual de pacientes submetidos à avaliação de risco para UPP na admissão. • Percentual de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para UPP. • Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP. • Incidência de UPP.
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS
• Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão. • Número de quedas com dano. • Número de quedas sem dano. • Índice de quedas
PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
• Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente. • Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde
PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
• Taxa de erros na prescrição de medicamentos.

Fonte: Brasil (2011).

Mainz (2003), expõe que o indicador de qualidade é a forma mensurável de alguns aspectos do cuidado ao paciente. O acompanhamento dos indicadores permitirá a avaliação do alcance de metas de qualidade e segurança do paciente além de comparar desempenhos, identificando oportunidades de melhoria e de boas práticas (BRASIL, 2014).

Frente ao exposto, acreditamos que os itens acima descritos relacionam-se com a cultura organizacional, visto que a forma como o estado de saúde individual, os EAs, dependem de como a organização posiciona-se diante deles.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, observacional, com delineamento de corte transversal realizado em um hospital de médio porte, natureza filantrópica e privada do tipo geral localizada no interior de Minas Gerais, durante o período de fevereiro a maio de 2015.

4.2 Local de estudo

Esta investigação foi desenvolvida em uma instituição hospitalar de médio porte, localizada no município de Diamantina. A referida instituição de estudo é de natureza filantrópica e privada, do tipo geral.

O município de Diamantina situa-se às margens da rodovia BR 259. Está localizada a 280 km de Belo Horizonte (capital de MG), 248 km de Montes Claros e 135 km de Curvelo.

Diamantina situa-se no alto Vale do Jequitinhonha, na Serra do Espinhaço localizada a 43° 36’ 6” longitude oeste e 18° 14’ 48” latitude sul. Com uma área de 3.892 Km², a sede do município se encontra a 1.262 metros de altitude, o que lhe confere um clima tropical de altitude, com temperatura média anual de 19,4º C. A vegetação é marcada pelo cerrado e pelos campos rupestres (IBGE, 2011).

Segundo o censo do IBGE (2010), Diamantina possui 45.880 habitantes, sendo que a grande maioria da população (87,32%) reside em áreas urbanas e 85,7% têm 10 anos ou mais de idade.

A Instituição hospitalar disponibiliza atualmente 95 leitos para internação, sendo 20 leitos de UTI; e desenvolve atividades de ensino em parceria com a Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri, nas áreas de enfermagem, nutrição, fisioterapia e medicina, residência médica em Clínica Médica e Neurocirurgia e com o Serviço Nacional – SENAC, através do curso de técnico de enfermagem, ambas situadas no município sede da instituição. A instituição realiza, em média, 350 internações mês, destas, 75% através do SUS e 25% por meio de convênios com planos de saúde e particulares. A instituição é referência na microrregião de saúde onde está situada, oferecendo atendimento de média e alta complexidade a quinze municípios. Dentre os serviços que oferecem destacam-se: Pronto-atendimento de Emergência, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Neurologia, Neurocirurgia, Nefrologia, Fisioterapia, Hemodiálise, Radiologia, Laboratório de Análises Clinicas e Anátomo-Patologia, Angiologia, Cardiologia, Oftalmologia e Vídeo-Laparoscopia. A Instituição oferece os seguintes serviços de apoio diagnóstico: Eletrocardiografia, Ecografia, Ultrassonografia, Raio-X, Endoscopia Digestiva, Tomografia Computadorizada, Hemodinâmica e Ressonância Magnética.

O regime de trabalho é regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em um regime formal, sendo alguns médicos contratados por RPA. A contratação é mediante processo seletivo dos trabalhadores e a jornada de trabalho varia de 12/12h, 12/36h, 30h e 12h semanais.

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo, todos os profissionais do hospital, que atendiam aos critérios de inclusão, além de ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecidos.

Uma vez que o objeto central do estudo é avaliar a cultura da segurança do paciente entre profissionais multidisciplinares de um Hospital do Vale do Jequitinhonha, e considerando a possibilidade de um baixo percentual de resposta nesse tipo de estudo, utilizou-se o universo constituído por todos os profissionais elegíveis presentes ou escalado para o trabalho no hospital participante durante o período de coleta de dados. Portanto, foram convidados a participar do estudo 32 Enfermeiros, 159 técnicos de enfermagem, 07 auxiliares de Enfermagem, 2 Farmacêuticos, 8 Instrumentadores cirúrgicos, 2 Assistentes Sociais, 3 Psicólogos, 6 Fisioterapeutas, 1 Fonoaudióloga, 3 Nutricionistas, 18 médicos e 09 técnicos de radiologia, totalizando 250.

Foram seguidos os seguintes critérios:

- Inclusão:

- Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE),
- Fazer parte dos multiprofissionais assistenciais do hospital de estudo e

- Exclusão

- Profissional com uma carga horária semanal abaixo de 20 horas no hospital,
- Profissional que estiver na ocasião da coleta de dados em período de férias, licenças e/ou afastamento do serviço.

Estudantes de nível de graduação e técnico serão excluídos em função da natureza desse tipo de inserção, isto é, por estarem em processo de formação.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram aplicados 228 questionários na instituição. Desses retornaram 212 questionários, totalizando 92,98% de adesão à pesquisa.

4.4 Aspectos éticos

O estudo foi pautado no cumprimento das diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). (APENDICE C).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNA de Belo Horizonte, Minas Gerais, e a instituição onde se realizou o estudo (APENDICE B). Dessa forma, a pesquisa foi desenvolvida após a aprovação dos referidos órgãos. No CEP da UNA a pesquisa foi aprovada no Processo nº 1070/2011 (ANEXO 2).

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2015, por meio da aplicação de um questionário intitulado *Hospital Survey on Patient (HSOPSC*), da *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ). O questionário foi traduzido e validado para a língua portuguesa em três traduções livres – de Clinco (2007), Zimmer *et al*. (2009) e Reis (2013), esta última sendo a única que relata o processo de adaptação transcultural e análises das propriedades psicométricas, que foi a utilizada no presente estudo. (ANEXO 3)

4.5.1 COLETA DE DADOS – Instrumento para coleta de dados

O *Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC*), foi desenvolvido e disponibilizado pela AHRQ em 2004. A AHRQ é uma agência americana que se dedica a melhorar a qualidade, o acesso a serviços e a efetividade dos cuidados de saúde sendo que, seu principal objetivo é identificar, avaliar, analisar os eventos adversos para encontrar soluções possíveis para evitar possíveis danos aos pacientes (SORRA; NIEVA, 2004; KASS-BARTELMESS; RUTHERFORD, 2002). O questionário foi traduzido e validado para a língua portuguesa em três traduções livres – de Clinco (2007), Zimmer *et al*. (2009) e Reis (2013), esta última, a qual fora utilizada no presente estudo HSOPSC, a única a relatar o processo de adaptação transcultural e análises das propriedades psicométricas.

O objetivo da AHRQ com a criação deste instrumento foi de auxiliar os hospitais a avaliar até que ponto suas culturas organizacionais enfatizam a importância da segurança do paciente e facilitam a implantação de atividades voltadas para essa finalidade.

De acordo com Sorra e Nieva (2004), o questionário HSOPSC interroga seus respondentes sobre pontos chaves relacionadas à segurança – valores, crenças e normas da organização, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão, necessitando de cerca de 10 minutos para ser preenchido. Esse instrumento possibilita medir a percepção individual e por unidade/setor hospitalar dos funcionários que têm contato direto ou indireto com os pacientes, e que despendem a maior parte de suas horas de trabalho no hospital. Ele oportuniza diversos usos: Identificar setores cuja cultura necessita melhorias; avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança ao longo do tempo; possibilitar *benchmarking* interno e externo, auxiliando a organização a identificar como sua cultura de segurança difere da cultura de outras organizações e priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando suas fragilidades.

O HSOPSC abrange 12 dimensões ou fatores da cultura de segurança em escala de múltiplos itens. Ele contém 50 itens no total; 44 são relacionados a questões específicas de cultura de segurança e 6 itens são relacionados a informações pessoais. Cada uma das 12 dimensões possui de 3 a 4 itens. São 3 dimensões relacionadas ao hospital, 7 dimensões relacionadas à unidade de trabalho dentro do hospital, duas variáveis de resultado e dois indicadores (SORRA; NIEVA, 2004).

Abaixo seguem as dimensões e seus respectivos itens:

- Cultura de segurança no âmbito das unidades de trabalho

D1. Trabalho em equipe no âmbito das unidades:

A2.1 - Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras;

A2.3 - Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para conclui-lo devidamente;

A2.4 - Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito;

A2.11 - Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam;

D2. Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes:

B1.1 - O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente;

B1.2 - O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente;

B1.3 - Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas";

B1.4 - O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente

D3. Aprendizado organizacional

A2.6 – Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente;

A2.9 - Erros têm levado a mudanças positivas por aqui;

A.2.13 – Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade;

D4. Retroalimentação das informações e comunicação sobre os erros:

C1.1 - Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.

C1.3 - Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.

C1.5 - Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente

D5. Abertura da comunicação:

C1.2 - Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente;

C1.4 - Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores;

C1.6 - Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo;

D6. Profissionais:

A2.2 - Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho;

A2.5 - Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente

A2.7 - Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente;

A2.14 - Nós trabalhamos em “situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido

D7. Respostas não punitiva aos erros:

A2.8 - Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles;

A2.12 - Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema

A2.16 - Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais;

- Cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar:

D8. Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente

F1.1 - A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente

F1.8 - As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal

F1.9 - A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso

D9. Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares:

F1.2 - As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si;

F1.4 - Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto;

F1.6 - Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital;

F1.10 - As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes;

D10. Passagens de plantão/turno e transferências internas:

F1.3 - O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra;

F1.5 – É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno;

F1.7 - Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital;

F1.11 - Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.

- Variáveis de resultado:

D11. Percepção geral da segurança do paciente

A2.10 - É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui

A2.15 - A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída

A2.17 - Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente

A2.18 - Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros

D12. Frequência de eventos relatados

D1.1 - Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?

D1.2 – Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?

D1.3 – Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?

- Distribuição de indicadores:

1. Grau de segurança do paciente

E1 - Nota da segurança do paciente: Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

2. Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses

G1 - Número de eventos notificados: Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

Neste estudo na maior parte dos itens é utilizada a escala de *Likert*, de 5 graus, as seções A2, B1, F1, refletem a taxa de concordância: de "discordo totalmente" (1), "discordo" (2), "não concordo, nem discordo" (3), "concordo" (4) "concordo totalmente" (5). As seções C1 e D1 são respondidos utilizando uma escala de frequência de 5 pontos: de "nunca" (1), "raramente" (2), "às vezes" (3), "quase sempre" (4) e "sempre" (5). Os restantes dos itens são de múltiplas escolhas e texto livre (SORRA; NIEVA, 2004).

A versão original do HSOPSC em inglês, desenvolvida pela AHRQ, encontra-se no Anexo 1 e informações adicionais estão disponíveis em www.ahrq.gov/qual/hospculture.

A principal justificativa dessa escolha é o uso amplo desse instrumento em diversos países no mundo em diversos níveis de desenvolvimento. Este instrumento satisfaz os critérios de confiabilidade e validade, portanto, pode ser utilizado quando se pretende medir cultura de segurança no contexto hospitalar (REIS, 2013).

Para verificar a cultura de segurança do paciente, segundo o escore geral do instrumento, Sorra e Nieva (2004) recomendam que na análise global das dimensões seja invertida a escala das perguntas que estão no sentido negativo para facilitar a análise. Sendo assim, inicialmente foi realizada uma cópia da planilha original, nomeada como geral reclassificada e foi realizada a inversão dos itens reversos do instrumento (itens A2.5r, A2.7r, A2.8r, A2.10r, A2.12r, A2.14r, A2.16r, A2.17r, B1.3r, B1.4r, C1.6r, F1.2r, F1.3r, F1.5r, F1.6r, F1.7r, F1.9r, F1.11r). É importante ressaltar que quando as letras estão seguidas com a letra R, como por um exemplo: A5R são questões elaboradas de forma negativa. Nos itens reversos, as respostas preenchidas como "concordo" (4) "concordo totalmente" (5) ", por exemplo, passam a ser "discordo totalmente" (1), "discordo" (2) após a inversão, o motivo de tal ação é para apresentarem o mesmo significado (negativa, para a pior situação, e, positiva, para a melhor).

4.5.2 COLETA DE DADOS – Aplicação do Instrumento

Após a aprovação do projeto pelo CEP da UNA e da instituição pesquisada, iniciou-se a coleta de dados. Foram contactados os profissionais de saúde da instituição, através de suas lideranças, para apresentação da proposta do estudo bem como os

procedimentos necessários e os critérios de inclusão e exclusão para participação da pesquisa e sensibilização acerca da importância do tema da cultura de segurança do paciente para a melhoria da qualidade no cuidado. Depois de solicitado foi disponibilizado as escalas de serviço a pesquisadora, com o intuito de conhecimento de todos os possíveis participantes da pesquisa e controle dos sujeitos abordados a participarem.

Para organizar a coleta de dados, foram aplicados os questionários por clínica iniciando pela clínica Neurológica, seguida pelo Bloco cirúrgico, Cirúrgica, Pronto Atendimento, Hemodiálise, Centro de Terapia Intensiva, Clínica médica, Convênios e Setor de imagem. Por vezes, fez-se necessário retornar aos setores na tentativa de recrutar todos os profissionais que se enquadravam nos critérios de inclusão, que no momento do recrutamento estavam ocupados, ou no horário de almoço, ou ausentes do setor.

Posteriormente, os profissionais foram abordados em seu ambiente de trabalho sendo convidados e esclarecidos sobre a pesquisa e os que aceitaram a participar receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma das cópias ficou de posse das pesquisadoras e a outra, de posse do participante. Os sujeitos da pesquisa foram encaminhados para uma sala onde estavam disponíveis um *tablet* ou um *notebook*, para responderam ao questionário.

A coleta de dados foi realizada pelo questionário HSOPSC, elaborado no *Google Docs* ®. O *Google Docs*® é considerado muito versátil e pode ser facilmente compartilhado por e-mail ou através do *link* direto, o que transforma esse recurso em uma opção muito interessante para professores, alunos, pesquisadores e profissionais cujo trabalho envolva a aplicação de questionários. (GIL; CAMELO; LAUS, 2013)

O questionário criado no *Google docs* ®, foi previamente formatado para não aceitar duplas respostas para uma mesma questão, aceitar a ausência de respostas

Os sujeitos da pesquisa receberam um código com uma letra e um número para lançamento no ato do preenchimento do questionário, assim a pesquisadora pode ter um controle dos participantes da pesquisa.

O retorno após o termino do questionário foi realizado por um "*click"* no botão enviar que aparece no final do instrumento. As informações foram enviadas diretamente para a base de dados *excel* ® criada pelo *Google Docs* ®.

Devido a instituição não possuir internet em todos os seus pontos, alguns questionários foram impressos e distribuídos aos sujeitos da pesquisa, totalizando 6% dos sujeitos da pesquisa.

4.6 Análise de dados

Devido à existência de questionários preenchidos "*offline*", os mesmos tiveram que ser lançados pela pesquisadora na ferramenta *Google Docs*® e realizada uma checagem das respostas através da conferência dos dados na planilha eletrônica Excel® criada pelo próprio *Google Docs*® com as respostas. Após o confronto dos dois instrumentos, não foi verificado nenhum erro de digitação na planilha eletrônica *Excel*®.

A seguir, foi realizada uma análise da planilha com todas as respostas lançadas e aplicado os critérios de exclusão similares aos de Sorra e Nieva (2004), que são:

- Questionários que o respondente não tiver preenchido pelo menos metade dos itens de, pelo menos, uma seção;
- Questionários que apresentarem a mesma resposta em todos os itens;
- Questionários que tivessem menos que a metade dos itens preenchidos.

Depois de revisar todos os dados dos questionários recebidos, de um total de 212 questionários, 209 questionários foram considerados válidos para seguir em processo de análise estatística.

Para verificar a cultura de segurança do paciente, segundo o escore geral do instrumento, Sorra e Nieva (2004) recomendam que na análise global das dimensões seja invertida a escala das perguntas que estão no sentido negativo para facilitar a análise. Sendo assim, inicialmente foi realizada uma cópia da planilha original, nomeada como geral reclassificada e foi realizada a inversão dos itens reversos do instrumento (itens A2.5r, A2.7r, A2.8r, A2.10r, A2.12r, A2.14r, A2.16r, A2.17r, B1.3r, B1.4r, C1.6r, F1.2r, F1.3r, F1.5r, F1.6r, F1.7r, F1.9r, F1.11r). É importante ressaltar que quando as letras estão seguidas com a letra R, como por um exemplo: A5R são questões elaboradas de forma negativa. Nos itens reversos, as respostas preenchidas como "concordo" (4) "concordo totalmente" (5) ", por exemplo, passam a ser "discordo totalmente" (1), "discordo" (2) após a inversão, o motivo de tal ação é para apresentarem o mesmo significado (negativa, para a pior situação, e, positiva, para a melhor).

Recomendam-se também, igualmente para facilitar a análise, que os cinco níveis de resposta sejam recodificados em 3 categorias de acordo com o quadro 2.

Quadro 3 - Reclassificação das respostas originais do questionário HSOPSC

Respostas originais	Respostas reclassificadas
Discorda totalmente / Discorda Nunca / Raramente	Negativa
Nem concordo, nem discordo Ás vezes	Neutra
Concorda / Concorda totalmente Quase sempre / Sempre	Positiva

Fonte: Sorra e Nieva (2004).

Para a definição de positivo, neutro e negativo, usaremos a descrição abaixo:

- Positivo é o percentual de respostas que foram classificadas com 4 ou 5 (Concordo / Concordo fortemente ou na maioria das vezes / sempre) para perguntas formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (Discordo / Discordo fortemente ou raramente / nunca) para perguntas formuladas de forma negativa).
- Neutro é o percentual de respostas que foram classificadas em 3 (Nem ou às vezes) para qualquer pergunta.
- Negativo é o percentual de respostas que foram classificadas com 1 ou 2 (Discordo / Discordo fortemente ou raramente / nunca) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou (4 ou 5 Concordo / Concordo fortemente ou na maioria das vezes / sempre) para perguntas formuladas de forma negativa.

Para classificar um item como uma fortaleza ou pontos fortes foram utilizados o cálculo da média de respostas positivas de cada dimensão e os seguintes critérios propostos pela AHRQ:

$$\frac{\text{Soma das porcentagens de respostas positivas da dimensão}}{\text{Número total de itens da dimensão}}$$

• ≥ 75% de respostas positivas (“concordo / concordo totalmente” ou “quase sempre / sempre”) para questões positivas;

• ≥ 75% de respostas negativas (“discordo / discordo totalmente” ou “nunca/ raramente”) às perguntas de forma negativa.

• ≥ 50% de respostas negativas (“discordo / discordo totalmente” ou “raramente / nunca”) para questões positivas;

• ≥ 50% de respostas positivas ("concordo / concordo totalmente" ou "quase sempre / sempre") às perguntas de forma negativa.

A referência de corte é menor para as áreas que necessitam de melhoria, porque baseando que metade dos participantes não responderam positivamente a respeito da questão segurança, provavelmente há espaço para melhorias. (COSTA, 2014)

Para testar a confiabilidade do questionário quanto à sua consistência interna, foi aplicado o teste estatístico "Alpha de Cronbach".

As variáveis sociodemográficas e a análise das dimensões de cultura foram analisadas a partir de análise descritiva (distribuição de frequência e percentual).

A Seção I do questionário intitulada: "Seus Comentários – Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no seu hospital", as respostas/opiniões foram descritas e categorizadas, conforme as doze dimensões do HSOPSC. Posteriormente, foi realizada uma análise descritiva (distribuição de frequência e percentual) das opiniões dos profissionais.

Para identificar as associações das variáveis com as respostas positivas de cada dimensão, utilizou-se o modelo de regressão logística binomial. Para tal, foi criada uma tabela em que se obteve a média de todas as respostas dos itens do questionário (n=42), convertendo a escala de *Likert* para a média das respostas dos itens pesquisados. Definiu-se para fins estatísticos que a média acima de 3 (três), era considerada um ponto positivo em relação a cultura de segurança do paciente e a média igual e/ou menor 3 (três) era considerado negativo.

As variáveis em analise bivariada com valor de $p<0,05$ e consideradas relevantes foram testadas em análise multivariada de regressão logística múltipla com método padrão de entrada de todas as variáveis de forma concomitante. Odds Ratio (OR) e intervalos de 95% de confiança (IC 95%) foram determinados para as variáveis independentes. Resultados com $P<0,05$ foram considerados significativos. Os dados receberam tratamento estatístico por meio *do Software STATA versão 13.0.*

CAPÍTULO 2 – RESULTADOS

ARTIGO 1 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL FILANTRÔPICO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O primeiro artigo intitulado "Cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico: percepção da equipe multiprofissional" corresponde ao alcance dos objetivos específicos "Verificar a percepção da cultura de segurança do paciente pela equipe multiprofissional, segundo as dimensões do instrumento" e "Identificar os pontos fortes e fracos da cultura de segurança do paciente no sentido de promover oportunidades de melhoria. Este artigo, foi construído baseado na análise dos dados obtidos por meio da aplicação do questionário HSOPSC e será submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem.

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL FILANTRÔPICO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL[1]
CULTURE OF PATIENT SAFETY IN A PHILANTHROPIC HOSPITAL: PERCEPTION OF THE MULTIDISCIPLINARY TEAM
CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL: PERCEPCIÓN DE LOS PROFISSIONALES SANITARIOS

Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano[2], Angelina do Carmo Lessa[3], Delba Fonseca Santos[4]

1 Artigo extraído da dissertação de mestrado "Percepção da equipe multiprofissional sobre segurança do paciente: Análise Sistêmica dos Riscos na Assistência Advindos dos Eventos Adversos Não Infecciosos" apresentada à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Diamantina, MG, Brasil

2 Mestranda do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Saúde, Sociedade e Ambiente da UFVJM. Diamantina, Brasil. E-mail: **alessandracffserrano@gmail.com**.

3 Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Nutrição e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar da UFVJM. Diamantina, MG, Brasil. E-mail: **angelina.lessa@ufvjm.edu.br**

4 Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Farmácia e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar da UFVJM. Diamantina, MG, Brasil. E-mail: **delbafonseca@yahoo.com.br**

Resumo

Objetivo: Avaliar a percepção da equipe multidisciplinar acerca da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico no interior do estado de Minas Gerais, Brasil.

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado com 209 profissionais, em doze setores do referido hospital. O questionário utilizado foi o *Hospital Survey On Patient Safety Culture*, desenvolvido pela *Agency for Health Research and Quality,* específico para pesquisa de cultura de segurança em hospital, traduzido e validado para a língua portuguesa. A análise de dados se deu por estatística~~s~~ descritiva. Resultados: As dimensões com maiores percentuais de avaliação positiva foram: expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente, aprendizado organizacional, melhoria contínua e trabalho em equipe no âmbito das unidades. Por outro lado, as dimensões com menores percentuais de respostas positivas foram: respostas não punitivas aos erros, profissionais e percepção geral de segurança do paciente. Observou-se como pontos fortes a equipe e a educação em serviço. Conclusão: Esses achados revelaram uma cultura de segurança com potencial de melhoria para todas as dimensões, possibilitando traçar um modelo de qualidade e segurança mais específico para cada setor.

DESCRITORES: Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Cultura organizacional; Equipe de Assistência ao Paciente; Doença Iatrogênica

Abstract

Objective: To evaluate the perception of the multidisciplinary team about the patient safety culture in a philanthropic hospital in the state of Minas Gerais, Brazil. Methodology: This is a cross-sectional, quantitative study, conducted with 209 professionals in twelve sectors of the hospital. The questionnaire used was the Hospital Survey On Patient Safety Culture, developed by the Agency for Health Research and Quality, specific to security research culture in hospital, translated and validated for Portuguese language. The data analysis was done using descriptive statistics. Results: The dimensions with higher positive evaluation percentages were: expectations and actions to promote patient safety supervisor / manager, organizational learning, continuous improvement and teamwork within units. On the other hand, dimensions with smaller percentage of positive responses were: not punitive responses to errors, professional and general perception of patient safety. It was noted as strengths the team and in-service education. Conclusion: These findings revealed a potential with safety culture improvement for all dimensions, making it possible to trace a model of quality and safety more specific to each sector.

KEY WORDS: Patient safety; Health care quality; Organizational culture; Care Team Patient; Iatrogenic Disease.

Resumen

Objetivo: Evaluar la percepción del equipo multidisciplinario sobre la cultura de seguridad del paciente en un hospital filantrópico en el estado de Minas Gerais. Metodología: Este es un estudio cuantitativo de la sección transversal, llevado a cabo con 209 profesionales en doce sectores del hospital. El cuestionario utilizado fue la Encuesta Hospital el paciente cultura de la seguridad, desarrollado por la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud, específico a la cultura de investigación en seguridad en el hospital, traducido y validado para la lengua portuguesa. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva. Resultados: Las dimensiones con mayores porcentajes de evaluación positivos fueron: expectativas y acciones para promover supervisor de la seguridad del paciente / gerente, aprendizaje organizacional, la mejora continua y el trabajo en equipo dentro de las unidades. Por otro lado, con dimensiones más pequeñas porcentaje de respuestas positivas no fuera respuestas punitivas a errores, la percepción profesional y general de la seguridad del paciente. Se señaló como puntos fuertes del equipo y la formación continua. Conclusión: Estos hallazgos reveló un potencial con la mejora cultura de seguridad para todas las dimensiones, por lo que es posible trazar un modelo de calidad y seguridad más específicos para cada sector.

DESCRIPTORES: La seguridad del paciente; La calidad del cuidado de la salud; La cultura organizacional; Atención al Paciente equipo; Enfermedad iatrogénica

INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde vem sendo, na contemporaneidade, constantemente influenciado por mudanças produzidas no âmbito da tecnologia. Isto tem gerado diversas inquietações e indagações acerca dos benefícios e riscos da utilização dessas tecnologias como instrumentos imprescindíveis à atenção à saúde. Portanto, a qualidade do atendimento pode ser compreendida como a oferta de um ambiente seguro para seus pacientes e trabalhadores, diminuindo os riscos e proporcionando uma metodologia eficaz na assistência à saúde[1].

Neste contexto o cuidado em saúde foi baseado em três pilares, “estrutura” que inclui a infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e suprimentos necessários; o “processo” que se refere ao cuidado ao paciente, baseado em protocolos e intervenções que são realizadas dentro do sistema; e o “resultado” que é o impacto desses processos sobre o estado de saúde do paciente e dentro da organização[2].

Dessa forma, as instituições que trabalham atualmente com ações de segurança do paciente, tratam o erro como algo complexo que é parte de um processo ampliado que associam a equipe, a instituição, o paciente e o acompanhante em um sistema novo de gerenciamento de risco[5]. No momento em que se sistematizam a possibilidade de ocorrência de erros, minimizam-se as críticas ao indivíduo e as ações isoladas no sistema[3].

No âmbito da segurança do paciente, o marco foi o lançamento pelo *Institute of Medicine (*IOM), de uma publicação intitulada “*To err is human*”, alertando sobre a falta de segurança nas instituições americanas e sobre a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em nível organizacional[4].

Nesse sentido, nota-se que as práticas inseguras na saúde, fazem com que os eventos adversos se tornem um problema de saúde pública, apontando uma necessidade do desenvolvimento de estratégias de monitoramento de erros e melhorias da qualidade para a segurança do paciente[5].

Portanto, uma das formas de melhorar a segurança do cuidado de saúde é aprimorar o sistema no qual a prestação de cuidados ao paciente está inserida, desenvolvendo uma cultura de segurança. No entanto, o primeiro passo das organizações é o conhecimento da sua estrutura organizacional e do seu planejamento estratégico (missão, visão, valores, objetivos). Para que isso ocorra deve-se haver uma comunicação clara e horizontal a todos os membros, influenciando as atitudes e comportamentos voltados ao alcance das metas e dos objetivos[6].

Desta maneira, pode-se observar que, dentro das organizações, há uma divisão entre elementos formais, que são a estrutura física, operacional e organizacional e por outro lado os elementos informais, que são os hábitos, as práticas e os costumes. Portanto, pode-se considerar que toda organização possui sua cultura própria, compartilhada com todos os profissionais, sendo por meio da cultura organizacional que surge o conceito de cultura de segurança, pressuposto norteador das práticas seguras nos serviços de saúde[6].

Dado o exposto, cultura de segurança do paciente, é o conjunto de valores, atitudes, percepções e competências individuais ou grupais que determinam o empenho nas

questões de segurança do paciente em uma instituição de saúde, sendo um fator fundamental no desenvolvimento de um sistema voltado para práticas seguras em saúde[7].

Tendo em vista, que a discussão da cultura de segurança do paciente é recente no Brasil, e a percepção da equipe multidisciplinar sobre a cultura de segurança do paciente é escassa, o objetivo deste trabalho foi avaliar a percepção da equipe multidisciplinar acerca das dimensões da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, do tipo survey. A população do estudo foi composta por 250 profissionais da saúde que seguiram critérios sugeridos pelos desenvolvedores do questionário: profissional assistencial ou em função que afeta diretamente o cuidado, com carga horária semanal de ao menos 20 horas no hospital e estar presente no período da coleta de dados[7].

A pesquisa foi realizada em um hospital geral de médio porte, natureza filantrópica e privada, localizado no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, mediante o protocolo nº 1070/201.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a julho de 2015, por meio da aplicação de um questionário intitulado *Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC*), da *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ). O questionário foi traduzido e validado para a língua portuguesa em três traduções livres – de Clinco[8], Zimmer *et al*.[9] e Reis[10], sendo a última, a única que relata o processo de adaptação transcultural e análises das propriedades psicométricas, tendo sido a versão utilizada por este estudo.

O HSOPSC abrange 12 dimensões ou fatores da cultura de segurança. As sete dimensões iniciais abordam aspectos da cultura de segurança do paciente no âmbito das unidades hospitalares: trabalho em equipe dentro das unidades; expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente; aprendizado organizacional, melhoria contínua; *feedback* e comunicação a respeito de erros; abertura para comunicações; pessoal e respostas não punitivas aos erros. As três seguintes no âmbito hospitalar: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; trabalho em equipe entre as unidades do hospital e transferências internas e passagens de plantão. As duas últimas são variáveis de resultado: percepção geral de segurança do paciente e frequência de eventos relatados[7].

Cada uma das 12 dimensões possui de 3 a 4 itens, totalizando 42 questões. Estes itens são avaliados a partir de uma escala de *Liker*t, de cinco pontos. As seções A2, B1, F1, refletem a taxa de concordância: de "discordo totalmente" (1), "discordo" (2), "não concordo, nem discordo" (3), "concordo" (4) e "concordo totalmente" (5). As seções C1 e D1 são respondidas utilizando uma escala de frequência de 5 pontos: de "nunca" (1), "raramente" (2), "às vezes" (3), "quase sempre" (4) e "sempre" (5). Os restantes dos itens são de múltiplas escolhas e texto livre. A avaliação de cada dimensão é estimada com base no percentual de respostas positivas e negativas, obtida pelo somatório dos dois pontos mais altos da escala (concordo totalmente/concordo e quase sempre/sempre), ou mais baixos (discordo totalmente/ discordo e nunca/raramente) de resposta em cada dimensão.

A AHRQ define os pontos fortes e fracos na cultura de segurança do paciente baseado no somatório de respostas positivas nos itens ou dimensões do instrumento[11].

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, a coleta de dados foi realizada online pelo questionário HSOPSC, elaborado no *Google Doc*s ®.

Na análise dos resultados, foram excluídos os questionários que apresentassem menos que a metade dos itens de, pelo menos, uma seção sem preenchimento; a mesma resposta em todos os itens e menos que a metade dos itens preenchidos[12].

Para testar a confiabilidade do questionário quanto à sua consistência interna, foi aplicado o "*Alpha de Cronbach*". A confiabilidade das dimensões foi comparada com os resultados do original *Hospital Survey On Patient Safety Culture*, da *Agency for Health Research and Quality*, que definiu, como aceitável, *Alpha de Cronbach* ≥ 0,60

As variáveis sociodemográficas foram analisadas a partir de análise descritiva (distribuição de frequência e percentual). Para as análises estatísticas utilizou-se o programa *Stata*® versão 13.

RESULTADOS

Após o convite a todos os profissionais de saúde (n=250) da instituição, 22 não participaram do estudo por não preencherem os critérios de exclusão propostos. Destes 22, doze (29,27%) trabalhavam menos que 20 horas por semana no hospital e dez (24,39%) estavam de licença maternidade ou licença de saúde ou de férias no período da coleta de dados. Dos 228 restantes, quatro (9,75%) se recusaram a participar do estudo e doze (29,27%) não apresentaram disponibilidade para o preenchimento do questionário, totalizando 92,98%

de adesão à pesquisa. É importante ressaltar que três questionários (7,32%) foram excluídos baseados nos critérios de exclusão da análise de dados.

Participaram do estudo 139 técnicos de enfermagem (66,51%), 29 enfermeiros (13,88%), 8 técnicos de radiologia (3,83%), 6 instrumentadores cirúrgicos (2,87%), 6 médicos (2,87%), 5 fisioterapeutas (2,39%), 5 auxiliares de enfermagem (2,39%), 3 nutricionistas (1,44%), 3 psicólogos (1,44%), 2 farmacêuticos (0,96%), 2 assistentes sociais (0,96%) e 1 fonoaudiólogo (0,48%) (TABELA 1).

Tabela 1 – Distribuição das categorias profissionais. Diamantina, MG, Brasil 2015.

CATEGORIA PROFISSIONAL	População		Participantes		Adesão
	N	%	N	%	%
Auxiliar de Enfermagem	7	3,07	5	2,39	71,43
Assistente Social	2	0,88	2	0,96	100,00
Enfermeiro	31	13,60	29	13,88	93,55
Farmacêutico	2	0,88	2	0,96	100,00
Fonoaudióloga	1	0,44	1	0,48	100,00
Fisioterapeuta	6	2,63	5	2,39	83,33
Instrumentador cirúrgico	7	3,07	6	2,87	85,71
Médico	6	2,63	6	2,87	100,00
Nutricionista	3	1,32	3	1,44	100,00
Psicólogo	3	1,32	3	1,44	100,00
Técnico de Radiologia	9	3,95	8	3,83	88,89
Técnico de Enfermagem	151	66,23	139	66,51	92,05
TOTAL	228	100,00	209	100,00	91,66

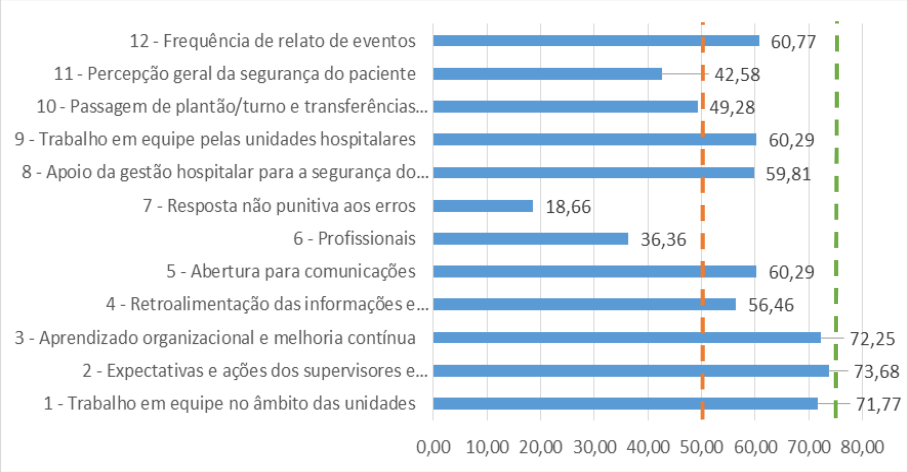
Ao se analisar a porcentagem de adesão das categorias profissionais os que mais aderiram foram, os farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e médicos que apresentaram adesão de 100%, seguidos dos enfermeiros (93,55%), técnicos de enfermagem (92,05%), técnicos de radiologia (88,89%), e instrumentador cirúrgico (85,71%). Em contrapartida, os profissionais que menos aderiram ao estudo foram os auxiliares de enfermagem (71,43%), seguido dos fisioterapeutas (83,33%).

Houve predominância de profissionais do sexo feminino, com 167 (79,90%). A idade dos participantes variou de 20 a 62 anos, com média de 34 anos, sendo que a maioria, 51 (24,40%), tinha entre 31 a 35 anos. Em relação ao grau de escolaridade, a predominância foi de nível técnico 117 (55,98%); o tempo de trabalho dos profissionais no hospital, a maior proporção foi entre 1 e 5 anos de atuação 71 (33,97%); já, relacionado ao tempo em que os profissionais atuavam na sua área/unidade de trabalho, a maior frequência foi de 1 e 5 anos 85 (40,67%); referente à carga horária semanal, 180 (86,12%) participantes relataram trabalhar entre 40 a 59 horas por semana; e sobre o contato com o paciente, 199 (95,22%) indicaram ter contato direto com o paciente. Os profissionais do estudo atuavam em diversas unidades do hospital, sendo 134 (64,12%) em áreas críticas (Centro de Terapia Intensiva, Central de

Material e Esterilização, Centro Cirúrgico, Pronto Atendimento e Hemodiálise) e 75 (35,88%) em áreas semicríticas e não críticas (Clínicas, Nutrição, Farmácia, Reabilitação, Radiologia, Serviço Social, Administrativa). A maioria dos profissionais (25,36%) pertencia ao Centro de Terapia Intensiva, e a menor representatividade (0,96%) resultou dos setores de reabilitação, farmácia e serviço social. Cabe ressaltar, que estes são os setores com menor número de funcionários do hospital, com apenas dois funcionários.

Na presente pesquisa, das doze dimensões do questionário, oito situaram-se na delimitação de 50% ou mais de respostas positivas (D1, D2, D3, D4, D5, D8, D9, D12), quatro dimensões foram consideradas críticas, obtendo um percentual abaixo de 50% (D6, D7, D10, D11) e nenhuma obteve 70% ou mais de escores positivos. Portanto, baseado nas orientações da AHRQ[11], nenhuma das dimensões foram classificadas como pontos fortes, mas sim como áreas (não críticas) com potencial para melhoria (entre 50% e 75%) e como áreas críticas que necessitam de ações específicas e imediatas (abaixo de 50%) (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 - Percentual de respostas positivas obtidas para cada dimensão da cultura de segurança do paciente. Diamantina, MG, Brasil 2015.



Considerando-se os percentuais de respostas positivas para cada item da dimensão, podemos dizer que as dimensões com maiores percentuais de avaliação positiva foram: D2 - expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente (73,68%), D3 - aprendizado organizacional, melhoria contínua (72,25%) e D1 - trabalho em equipe no âmbito das unidades (71,77%) (GRÁFICO 1).

Tabela 2- Distribuição das dimensões com maiores percentuais positivos referentes à cultura de segurança do paciente por itens. Diamantina, MG, Brasil, 2015.

Dimensões/itens	Positiva	Negativa
D2 - Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente		
B1.1 - O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	51,67	27,27
B1.2 - O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	65,55	15,31
B1.3R - Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	66,99	22,01
B1.4R - O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	69,86	13,39
D3 - Aprendizado organizacional e melhoria contínua		
A2.6 – Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	76,08	11,48
A2.9 - Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	52,63	15,31
A.2.13 – Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	52,15	16,27
D1 - Trabalho em equipe na unidade		
A2.1 - Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	62,68	14,35
A2.3 - Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para conclui-lo devidamente;	77,04	8,61
A2.4 - Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito;	73,20	9,57
A2.11 - Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam;	45,93	41,63

R – Pergunta formulada negativamente, onde o percentual positivo é baseado nas respostas "discordo totalmente, discordo, raramente e nunca"

A primeira dimensão em destaque foi "Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente" (D2), a qual se caracteriza pelas atitudes do supervisor/chefias relacionadas às sugestões da equipe, *feedback* ao profissional ou equipe e aos problemas de segurança do paciente[11] O item melhor avaliado da dimensão foi "O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente" (B1.1), onde 69,86% profissionais discordaram desta afirmação (TABELA 2).

A segunda dimensão foi "Aprendizado organizacional e melhoria contínua" (D3), que aborda a existência de uma cultura de aprendizagem nos quais os erros levam a mudanças positivas e são avaliados em sua eficácia[11]. Dentre os itens desta dimensão, o item "Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente" (A2.6) apresentou maior concordância 76,08%, sendo então considerado um dos pontos fortes da instituição por apresentar mais de 75% de respostas positivas (TABELA 2).

Na terceira dimensão destacada, "Trabalho em equipe na unidade" (D1), que aborda o apoio entre as pessoas, o trabalho em equipe e o respeito[11], a maioria (77,04%) concordou que quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, eles trabalham juntos para concluí-lo devidamente (A2.3). Observamos que este item também foi considerado um ponto forte na instituição, conforme os critérios propostos pela AHRQ[11], demonstrando que quando

há uma sobrecarga de tarefas a serem executadas rapidamente, há uma união e interação entre a equipe para conclusão das mesmas (TABELA 2).

Por outro lado, as dimensões com menores percentuais de respostas positivas foram: D7 - respostas não punitivas aos erros (18,66%), D6 - profissionais (36,36%) e D11 - percepção geral de segurança do paciente (42,58%) (TABELA 3).

Tabela 3- Distribuição das dimensões com menores percentuais positivos referentes à cultura de segurança do paciente por itens. Diamantina, MG, 2015.

Dimensões/itens	Positiva	Negativa
D7 - Respostas não punitivas aos erros		
A2.8R - Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	16,75	68,90
A2.12R - Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	25,36	56,46
A2.16R - Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	15,79	61,72
D6 - Profissionais		
A2.2 - Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho;	23,45	59,33
A2.5R - Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	28,71	55,5
A2.7R - Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente;	72,26	4,78
A2.14R - Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	28,23	41,63
D11 - Percepção geral da segurança do paciente		
A2.10R - É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	60,29	15,79
A2.15 - A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	37,32	44,5
A2.17R - Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	23,44	55,5
A2.18 - Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	44,98	26,32

R – Pergunta formulada negativamente, onde o percentual positivo é baseado nas respostas "discordo totalmente, discordo, raramente e nunca"

A primeira dimensão classificada como área crítica evidencia as "Respostas não punitivas aos erros" (D7), que se refere ao entendimento dos profissionais quanto aos erros[11]. O item com maior número de respostas positivas (68,90%) foi, o item "Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles" (A2.8R) (TABELA 3).

A segunda dimensão classificada como área crítica destaca-se os "Profissionais" (D6). Em relação ao item "Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente" (A2.7R), 72,26% dos profissionais discordaram. Considerando o item "Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho" (A2.2), 59,33% dos profissionais também discordaram, demonstrando que na percepção dos profissionais o dimensionamento de pessoal não é suficiente para atender à demanda de necessidades dos pacientes. Estes dados evidenciam que os dois itens citados acima, são considerados pelos profissionais como pontos fracos da instituição. Em relação ao item

A2.5R, 55,50% dos profissionais concordam que os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente (TABELA 3).

A terceira dimensão classificada como área crítica foi em relação a "Percepção geral da segurança do paciente" (D11). Quando questionados se é por acaso que erros mais sérios não acontecem na unidade de trabalho (A2.10R), 60,29% discordam que é por acaso, o que corrobora com o próximo item que questiona se na unidade onde trabalham há problemas de segurança do paciente (A2.17R), mostrando que 55,50% afirmam possuir problemas internos (TABELA 3).

Além da avaliação das dimensões da cultura de segurança, o instrumento apresentou duas variáveis de resultado, a percepção do profissional sobre segurança do paciente e a comunicação de eventos adversos nos últimos 12 meses.

Portanto, na seção E do questionário os profissionais responderam qual era, na sua percepção, o grau de segurança do paciente na unidade de trabalho. Pode-se perceber que 50,24% dos pesquisados consideraram sua unidade de trabalho com um grau de segurança do paciente regular, 42,58% como sendo muito bom, 5,26% excelente e apenas 1,91% ruim.

Com relação à segunda variável de resultado, o número de eventos adversos relatados nos últimos 12 meses, 77,90% participantes da pesquisa responderam que não notificaram nenhum EA nos últimos 12 meses, 13,88% notificaram de 1 a 2 eventos, 4,78% de 3 a 5 notificações, 2,39% de 6 a 10 notificações e 0,96% mais de 21 notificações.

O teste *alpha de Cronbach* demonstrou variação de 0,41 a 0,84 entre as doze dimensões que compõem o instrumento, sendo que "profissionais", "percepção geral da segurança do paciente", "respostas não punitivas ao erro", "trabalho em equipe pelas unidades hospitalares", "passagens de plantão/turno e transferências internas", "aprendizado organizacional", "abertura da comunicação" apresentaram os menores valores, indicando baixa confiabilidade em relação à consistência interna, obtendo o valor de *alpha de cronbach* entre $0,30 < \alpha \leq 0,60$. As dimensões "trabalho em equipe no âmbito das unidades", "retroalimentação das informações e comunicação sobre os erros", "apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente" e "expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes" foram classificadas como moderada a confiabilidade em relação à consistência interna, atingindo um valor de *alpha de cronbach* entre $0,60 < \alpha \leq 0,75$. Apenas a dimensão "frequência de eventos relatados" apresentou uma alta confiabilidade, com um valor de *alpha de cronbach* entre $0,75 < \alpha \leq 0,90$.

DISCUSSÃO

A percepção da equipe multiprofissional a respeito das dimensões da cultura de segurança constitui uma etapa de avaliação da organização hospitalar sobre os aspectos que permeiam os setores estudados com relação ao clima organizacional, os recursos humanos, a educação permanente, a equipe e a comunicação. Os dados achados por Smits[12], em um hospital holandês com profissionais de diferentes especialidades, não apresentou diferença de desempenho entre as especialidades, acreditando ser por causa de suas culturas de segurança.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de mudanças em vários aspectos da cultura de segurança do paciente na instituição como um todo.

Nesse sentido, vale ressaltar que para desenvolver uma cultura de segurança do paciente, deve-se repensar na abordagem individual dos erros pela abordagem sistêmica, detectando as falhas do sistema e traçando ações para corrigí-las[4]. Pode-se notar a partir destes resultados que a cultura de segurança se configura como uma cultura punitiva frente aos erros, na qual os profissionais ainda têm medo de uma represália frente a uma falha, demandando intervenções para a mudança dessa percepção e consequentemente, o fortalecimento da cultura de segurança do paciente. Um estudo realizado com enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva no estado de São Paulo observou que a maioria dos enfermeiros (74,30%) referiu a presença de punição aos profissionais nas Unidade de Terapia Intensiva, destacando-se a advertência verbal (49%), como o tipo de punição predominante. Estes dados contrariam as recomendações voltadas à prática da cultura de segurança institucional. Logo, o resultado encontrado desperta para a necessidade de encorajamento da cultura de segurança não punitiva, para que as notificações de erros aconteçam, e só assim possam ser discutidas e traçadas ações efetivas para as soluções dos problemas do sistema[13]. Portanto, a visão sistêmica dos erros considera que os indivíduos são cabíveis de falhas e que todas as instituições hospitalares, mesmo aquelas com excelência, apresentarão uma pequena taxa de eventos adversos. Nesta abordagem, é mais sensato mudar o sistema, tornando o mais seguro do que mudar as pessoas[14].

A abertura da comunicação não foi considerada um ponto forte neste estudo, mas, está entre uma das cinco dimensões que mais apresentaram repostas positivas. Pode-se dizer que, baseado no estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), é possível que os hospitais que possuam uma maior comunicação, a equipe possa tratar do problema/erro *in loco* aprendendo sobre eles, em vez de esperar e realizar o relato formalmente[15].

Também foi observado, que a visão dos profissionais perante o supervisor não foi considerada como uma área problemática na perspectiva da cultura de segurança do paciente, uma vez que é inerente ao líder, elogiar a equipe quando esta executa suas atividades com excelência e saber escutar as demandas da equipe. Vale ressaltar que o empenho do líder é de suma importância para influenciar e inspirar a equipe para desenvolver estratégias, organizar os recursos e capacitar as pessoas[16]. Estudos anteriores, utilizando o mesmo instrumento obtiveram também as maiores respostas positivas para esta dimensão[17,18,19].

Além do mais, deve-se efetivar o treinamento da equipe, otimizando os processos de trabalho em equipe, através da comunicação, cooperação e liderança. O foco é criar estratégias para o desenvolvimento crítico do saber, das habilidades, e atitudes que norteiam as ações de segurança do paciente[20]. O estudo mostrou que os profissionais consideram como ponto forte da instituição as ações para melhorar a qualidade e a segurança do paciente. Isto corrobora com o estudo apresentado pela AHRQ, na qual foi realizado um relatório comparativo em 653 hospitais do mundo[19].

Outro aspecto importante observado por este estudo estava relacionado ao dimensionamento de pessoal que é um gargalo nas instituições, principalmente nas filantrópicas, mas deve ser analisado cuidadosamente pelos gestores, pois a sobrecarga influência diretamente nos custos e na assistência prestada, logo, aumenta-se o número de atestados médicos e coloca em risco a segurança do paciente. Essa informação coincide com os achados de outros autores, e evidência que as condições de trabalho influenciam diretamente na segurança dos paciente[21,22,23]. Uma das questões emergentes do estudo realizado com enfermeiros de um hospital de Montevidéu estava relacionada com a falta de pessoal[24]. Este dado condiz com os achados de outros autores, e reforça a evidência de que a ausência de profissionais de enfermagem influencia diretamente nos processos de serviços e gestão de cuidados, impactando na segurança dos pacientes[25].

Para as variáveis de resultado da cultura de segurança do paciente, os profissionais predominantemente optaram pela nota da segurança “Regular”, o que está de acordo com os dados do estudo que mostram que todas as dimensões têm um potencial para melhoria. Isto corrobora com os dados colhidos em uma Unidade de tratamento Intensivo neonatal[22]. Já o estudo realizado em Portugal, evidenciou o contrário, que a maioria escolheu a opção excelente e muito boa[26]. Com relação à segunda variável de resultado, que aborda a comunicação de eventos, os resultados apontaram que, dentre as opções que vão de nenhum evento à mais de 21 eventos comunicados, a maioria optou por nenhum. Um estudo realizado

com a equipe multiprofissional dos hospitais nos EUA mostrou que a subnotificação é um problema grave em várias instituições pesquisadas. Neste estudo foram elaboradas ações sistematizadas, como o feedback dos erros e aprendizagem organizacional, na qual verificou-se uma grande associação positiva com as notificações de eventos adversos. A importância deste fato mostra que os profissionais querem retorno referente à suas notificações anteriores[15].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu avaliar a percepção da equipe multidisciplinar acerca da cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar.

Levando-se em conta o avanço nas pesquisas nessa área, os principais pontos fracos que interferem na segurança, são a cultura punitiva, dimensionamento inadequado de pessoal, inter-relação com profissionais de outras unidades e as transferências internas e passagens de plantão.

Com as recentes políticas públicas voltadas para a segurança do paciente, nota-se o início da construção de novas percepções culturais. O sistema de saúde deve criar estratégias e metas efetivas para os hospitais, com auditorias regulares para a fiscalização, mas também deve se criar uma política pública de benefícios para as instituições que estão trabalhando em prol de atividades mais seguras e de qualidade.

Concluímos que é fundamental a sensibilização dos profissionais, promovendo uma educação em serviço, criação do núcleo de segurança do paciente e um sistema de notificação mais simples, eficaz e menos punitiva, dessa forma teremos um profissional mais preparado e confiante, que possa identificar os riscos no sistema e intervir, reduzindo as lacunas no processo, antes que este possa causar algum dano ao paciente.

Diante do exposto, considera-se que os resultados obtidos com esse tipo de avaliação além de mobilizar esforços para melhoria de aspectos considerados frágeis na cultura de segurança do paciente, também devem envolver ações para reforçar situações que demonstraram ser favoráveis.

Ressaltamos a importância de novos estudos que possam quantificar e qualificar as variáveis que possam influenciar na cultura de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1 DONABEDIAN, A**. Evaluating the Quality of Medical Care.** Milbank Mem. Fund. Q.1966; 44(3): (Pt2):166-203.

2 DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approach to its assessment**. Ann Harbor: Health Administration Press,1980. v.1.

3 CINTRA, E.A.; PINTO, A.C.; SOUSA, E.O.; ROSA, E.V.; LIMA, I.A.; RODRIGUES, S.O. **Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermeiros: opinião de enfermeiros**. Nursing. 2010; 28(1):29-34.

4 KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS, EDITORS**. To error is human: building a safer health system**. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press; 1999.

5 DIAS, M.A.E.; MARTINS, M.; NAVARRO, N. **Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.46, n.4, p.719-729, agosto 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de setembro de 2015. Epub July 24, 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000054.

6 DIAS, R. **Cultura organizacional: construção, consolidação e mudanças.** São Paulo: Atlas, 2013. Cap. 1.

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

8 CLINCO. SDO. **O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente** [dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas; 2007.

9 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.

10 REIS, Claudia Tartaglia. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro.** Rio de Janeiro : ENSP, 2013, 217f.

11 AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. **Hospital Survey on Patient Safety Culture** [cited 2012 nov 10]. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Publication n. 04-0041. Survey User's Guide 2004. Available from: http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospcult.pdf.

12 SMITS, M. *et al*. **The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals.** Journal of Clinical Nursing, 2012 Dec; 21(23-24):3392-401. doi:

10.1111/j.1365-2702.2012.04261.x.

13 CLARO, C. M. et al. **Eventos adversos em terapia intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 1, p.167-172, 2011.

14 REASON, J. **Human error: models and management.** Brit Med J. 2000; (320):768-770.

15 RICHTER, J.P., MCALEARNEY, A. S.; PENNELL, M.L. **Evaluating the Effect of Safety Culture on Error Reporting: A Comparison of Managerial and Staff Perspectives.** Am J Med Qual, 1-9, jul. 2014.

16 PING-YI ETAL. The influences of nursing transformational leadership style on the quality **of nurses' working lives in Taiwan: a cross-sectional quantitative study**. *Enfermagem BMC*, 14: 33, may. 2015

17 MELLO, J.F.; BARBOSA, S.F.F. **Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 22, n. 4, p. 1124-1133, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Sept. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-070720130

18 CARRERA, S.A. **Cultura de Segurança do paciente: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico. [MESTRADO]** .Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, 2012 , 2013.

19 SORRA, J. etal. **Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014 User Comparative Database Report.** (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2014. AHRQ Publication No. 14-0019-EF.

20 Weaver, S.J. **Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy**. Ann Intern Med. 2013;158:369-374.

21 GAMA, Zenewton André da Silva; OLIVEIRA, Adriana Catarina de Souza; HERNANDEZ, Pedro Jesus Saturno. **Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.2, p.283-293, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015.

22 TOMAZONI, Andréia et al . **Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care.** Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 24, n. 1, p. 161-169, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100161&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2015. Epub Mar-2015. http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014.

23 SILVA-BATALHA, E.M.S.; MELLEIRO, M.M. **Patient safety culture in a teaching**

hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.24, n.2, p.432-441, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200432&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014.

24 UMPIERREZ, A.F.; FORT, Z.F.; TOMAS, V.C. **Adverse events in health and nursing care: patient safety from the standpoint of the professional's experience**. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 24, n. 2, p. 310-315, June 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200310&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Set. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000122014

25 VERSA, GLGS.; INOUE KC.; NICOLA AL.; MATSUDA LM. **Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico.** Texto Contexto Enferm. 2011; 20(4): 796-802.

26 FERNANDES, A.M.M.L.; QUEIRÓS, P.J.P. **Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses**. Revista de Enfermagem Referência - III - n.° 4 – 2011.

ARTIGO 2 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E FATORES ASSOCIADOS EM UM HOSPITAL FILANTRÔPICO

O segundo artigo intitulado "Cultura de segurança do paciente e fatores associados em um hospital filantrópico" corresponde ao alcance dos objetivos específicos "Caracterizar a equipe multiprofissional, segundo as variáveis sociodemográficas e laborais" e "Verificar se há associação entre as variáveis dependentes e independentes que refletem o nível de cultura de segurança do paciente em relação aos aspectos sociodemográficos e laborais". Este artigo, foi construído com base nos dados obtidos por meio da aplicação do questionário HSOPSC e utilizado por meio de estatística para verificar a existência de associação entre as variáveis estudadas. Este artigo será submetido a Cadernos de Saúde Pública.

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E FATORES ASSOCIADOS EM UM HOSPITAL FILANTRÔPICO.
PATIENT SAFETY CULTURE AND ASSOCIATED FACTORS IN A PHILANTHROPIC HOSPITAL.
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y FATORES ASOCIADOS EM UM HOSPITAL.

Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano[2], Angelina do Carmo Lessa [3], Delba Fonseca Santos[4]

1 Artigo extraído da dissertação de mestrado "Percepção da equipe multiprofissional sobre segurança do paciente: Análise Sistêmica dos Riscos na Assistência Advindos dos Eventos Adversos Não Infecciosos" apresentada à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Diamantina, MG, Brasil

2 Mestranda do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Saúde, Sociedade e Ambiente da UFVJM. Diamantina, Brasil. E-mail: **alessandracffserrano@gmail.com**.

3 Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Nutrição e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar da UFVJM. Diamantina, MG, Brasil. E-mail: **angelina.lessa@ufvjm.edu.br**

4 Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Farmácia e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar da UFVJM. Diamantina, MG, Brasil. E-mail: **delbafonseca@yahoo.com.br**

Resumo

Objetivos: O estudo verificou a percepção da cultura de segurança do paciente, de acordo com as variáveis dependentes e independentes de uma equipe multiprofissional. Metodologia: Realizou-se um estudo transversal, quantitativo, realizado com 209 profissionais, em doze setores do referido hospital. O questionário utilizado foi o *Hospital Survey On Patient Safety*

Culture, desenvolvido pela *Agency for Health Research and Quality,* específico para pesquisa de cultura de segurança em hospital, traduzido e validado para a língua portuguesa. A análise de dados se deu por estatísticas descritiva. Para identificar as associações das variáveis (sociodemográficas, laborais e segurança do paciente) com as respostas positivas de cada dimensão e *score* geral, utilizou-se o modelo de regressão logística binomial. Resultados: Em uma análise geral, referente a concordância em relação as dimensões da cultura de segurança, pode-se notar, que as predominâncias foram de profissionais com mais de 36 anos de idade (71,23%), do sexo feminino (69,46%), cujo tempo de trabalho na instituição era mais de 06 anos (72,84%) e que trabalham em setores críticos (72,59%). Não houve diferença significativa entre o grau de instrução. As variáveis que se mantiveram associadas após a análise multivariada foram apenas quatro, as dimensões (D1 - Trabalho em equipe no âmbito das unidades, D2 - Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes e D6 - Profissionais) e o número de eventos notificados nos últimos 12 meses em relação ao tempo de trabalho no hospital, grau de instrução e unidade. Conclusão: Esses achados revelaram uma possível relação da avaliação da cultura de segurança com as variáveis sociodemográficas e laborais.

DESCRITORES: Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Cultura organizacional; Equipe de Assistência ao Paciente; Doença Iatrogênica

Abstract

Objectives: The study examined the perception of patient safety culture, according to the dependent and independent variables of a multidisciplinary team. Methods: We conducted a cross-sectional quantitative study, conducted with 209 professionals in twelve sectors of the hospital. The questionnaire used was the Hospital Survey On Patient Safety Culture, developed by the Agency for Health Research and Quality, specific to security research culture in hospital, translated and validated for the Portuguese language. The data analysis was done using descriptive statistics. To identify associations of variables (sociodemographic, labor and patient safety) with the positive responses of each dimension and overall score, we used the binomial logistic regression model. Results: In a general analysis concerning the agreement regarding the dimensions of the safety culture, it may be noted that the predominance were professionals with over 36 years of age (71.23%), female (69, 46%),

whose work in the institution was more than 06 years (72.84%) and working in critical sectors (72.59%). There was no significant difference between the level of education. The variables that remained associated after multivariate analysis were only four dimensions (D1, D2 and D6) and the number of events reported in the last 12 months in relation to working time in the hospital, education level and unit. Conclusion: These findings revealed a possible relationship assessing the safety culture with the sociodemographic and labor variables.

KEY WORDS: Patient safety; Health care quality; Organizational culture; Care Team Patient; Iatrogenic Disease.

Resumen

Objetivos: El estudio examinó la percepción de la cultura de seguridad del paciente, de acuerdo con las variables dependientes e independientes de un equipo multidisciplinario. Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo transversal, realizado con 209 profesionales en doce sectores del hospital. El cuestionario utilizado fue la Encuesta Hospital el paciente cultura de la seguridad, desarrollado por la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud, específico a la cultura de investigación en seguridad en el hospital, traducido y validado para la lengua portuguesa. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva. Para identificar las asociaciones de variables (sociodemográficas, laborales y de seguridad de los pacientes) con las respuestas positivas de cada dimensión y la puntuación global, se utilizó el modelo de regresión logística binomial. Resultados: En un análisis general sobre el acuerdo con respecto a las dimensiones de la cultura de seguridad, cabe señalar que el predominio eran profesionales con más de 36 años de edad (71,23%), mujeres (69, 46%), cuyo trabajo en la institución fue de más de 06 años (72,84%) y los que trabajan en sectores críticos (72,59%). No hubo diferencia significativa entre el nivel de educación. Las variables que se mantuvo asociado tras el análisis multivariante sólo había cuatro dimensiones (D1, D2 y D6) y el número de eventos registrados en los últimos 12 meses en relación con el tiempo de trabajo en el hospital, el nivel de educación y la unidad. Conclusión: Estos resultados revelaron una posible relación evaluar la cultura de la seguridad con las variables sociodemográficas y laborales.

DESCRIPTORES: La seguridad del paciente; La calidad del cuidado de la salud; La cultura

organizacional; Atención al Paciente equipo; Enfermedad iatrogênica.

INTRODUÇÃO

Devido às grandes transformações socioeconômicas e tecnológicas, houve uma mudança na prestação de serviços médico-hospitalares, que antes eram simples, menos efetivos e relativamente seguros, para atividades mais complexas, efetivas, dinâmicas, porém potencialmente mais perigosas, favorecendo assim a ocorrência de eventos adversos.[1,2]

Nos últimos decênios, passou-se a admitir que os hospitais não apenas curam doenças e aliviam a dor, mas também causam danos e infortúnio ao paciente e a seu familiar.[3]

No âmbito da assistência à saúde, o marco para a segurança foi através do relatório "*To err is human*" publicado nos Estados Unidos da América (EUA), em 1999, que alertava a falta de segurança nas instituições americanas e sobre a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em nível organizacional.[4] Após esta publicação, houve uma mobilização da classe médica, das instituições de saúde, das organizações norte-americanas e de vários países, gerando discussões sobre as questões dos eventos adversos, que propiciam um custo social e econômico considerável à população e ao governo.[5]

Perante toda esta movimentação sobre segurança do paciente, a saúde vive hoje em um paradoxo, no qual por um lado está o aumento de atendimentos médicos, e por outro, está o cliente com denúncias cada vez mais recorrentes de atendimentos não satisfatórios.

Salientamos que as superlotações nos hospitais públicos decorrem da demanda por hospitais que são centros de excelência e a baixa resolutibilidade da atenção primária e secundaria, contribuem para uma alta demanda de pacientes nos hospitais. Portanto, devido a este fluxo descontrolado de pacientes, os hospitais públicos sofrem de escassez de recursos, necessitando improvisar para que possam atender toda a procura da sociedade. Estes fatores desencadeiam um ambiente desfavorável para os profissionais e para a segurança do paciente.[6]

Portanto, os assuntos gritantes de ocorrências de eventos adversos ganham os espaços midiáticos e condenam apenas os profissionais e não o sistema. Diante desta situação, os profissionais se sentem acuados, humilhados, temerosos por punições e defronte de tal ameaça eles por diversas vezes omitem os erros, não registrando e divulgando-os, comprometendo assim as ações de segurança do paciente[4,7,35].

Sendo assim, a cultura de segurança do paciente, visa desenvolver um sistema voltado para as práticas seguras em saúde, onde o conjunto de valores, atitudes, percepções e competências individuais ou grupais, criam as dimensões ou subculturas, tais como trabalho em equipe, comunicação, aprendizagem, etc. Portanto, este grupo de informações quantificam a cultura de segurança nos fornecendo subsídios para melhorar as questões de segurança do paciente [8,9,10,11].

Vários estudos mostram que a avaliação da cultura de segurança do paciente varia de acordo com a instituição, o setor, tempo de trabalho no hospital, idade e grau de instrução[12,13].

Por esta razão, dada a relevância do assunto cultura de segurança do paciente, conhecer as variáveis do processo de trabalho que impactam na segurança do paciente, permitem o conhecimento e o fortalecimento de atitudes para sanar as lacunas assistências e prover uma maior qualidade na atenção à saúde.

Nessa perspectiva, o presente estudo tem por objetivo identificar os fatores associados com o nível de cultura de segurança do paciente de um hospital filantrópico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo transversal, quantitativo, do tipo survey realizado em um hospital geral, de médio porte, natureza filantrópica e privada, localizado no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. Disponibiliza atualmente de 115 leitos para internação, de média e alta complexidade. A população estudada compreendeu todos os profissionais que trabalham no hospital e que atenderam aos critérios de inclusão sugeridos pelos desenvolvedores do questionário, que são: profissional assistencial ou em função que afeta diretamente o cuidado, com carga horária semanal de ao menos 20 horas no hospital e estar presente no período da coleta de dados[14].

Os dados foram coletados no período de fevereiro a julho de 2015, por meio da aplicação de um questionário intitulado *Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC*), da *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Este foi criado no *Google Doc*s ®, pela autora. O questionário foi traduzido e validado para a língua portuguesa em três traduções livres – de Clinco[15], Zimmer *et al.*[16] e Reis.[17], esta última sendo a única que relata o processo de adaptação transcultural e análises das propriedades psicométricas, que foi a utilizada no presente estudo.

O questionário dispõe de 12 dimensões, sendo elas, trabalho em equipe dentro das unidades; expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente; aprendizado organizacional, melhoria contínua; *feedback* e comunicação a respeito de erros; abertura para comunicações; pessoal e respostas não punitivas aos erros; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; trabalho em equipe entre as unidades do hospital e transferências internas/ passagens de plantão. As duas últimas são variáveis de resultado: percepção geral de segurança do paciente e frequência de eventos relatados[14].

A avaliação de cada dimensão é estimada com base no percentual de respostas positivas e negativas, obtida pelo somatório dos dois pontos mais altos da escala (concordo totalmente/concordo e quase sempre/sempre), ou mais baixos (discordo totalmente/ discordo e nunca/raramente) de resposta em cada dimensão[14].

As variáveis dependentes que refletem o nível de cultura de segurança são a nota geral do grau de segurança, número de notificações nos últimos 12 meses, as dimensões e o geral de respostas positivas da pesquisa sobre a percepção de cultura de segurança do paciente. Já, as variáveis independentes são: anos de trabalho no hospital, unidade (crítica, semi/não crítica), sexo, grau de instrução (nível médio e superior) e idade.

No intuito de preparar as respostas para a análise de regressão logística, analisou-se a média de respostas, obtidas em todos os 42 itens para os 209 questionários. Sendo assim, foi estipulado que a média do item acima de três era considerado positivo (maior concordância) e abaixo de três, negativo (menor concordância). Dessa maneira, obteve-se no total 143 (68,42%) instrumentos com respostas médias positivas. Para efeito do estudo, serão utilizadas apenas as respostas positivas (concordância).

Realizou-se analise bivariada, por meio de regressão logística, para identificar as variáveis associadas com a nota geral do grau de segurança, número de notificações nos últimos 12 meses, as dimensões e o geral de respostas positivas da pesquisa sobre a percepção de cultura de segurança do paciente, obtendo-se assim a razão de chances bruta. As variáveis que atingiram significância de pelo menos 20%, foram selecionadas para a análise multivariada. Foram calculados intervalos de 95% de confiança (IC 95%) e consideradas estatisticamente significativas, as associações que obtiveram valor de $p<0,05$. Os dados receberam tratamento estatístico por meio do programa STATA (Stata Corp., College Station, TX, EUA), versão 13.0.

O estudo seguiu os preceitos éticos das diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado no Comitê de

Ética em Pesquisa (CEP) e está registrado sob o protocolo nº 1070/2011 e autorizada através da carta de anuência do citado hospital. A anuência dos profissionais foi mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A população estudada compreendeu todos os 250 profissionais de saúde do hospital e que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos pela AHRQ. Desse total inicial, 212 indivíduos devolveram o instrumento de coleta de dados. Levando em conta os critérios propostos para análise dos questionários que são: apresentassem menos que a metade dos itens de, pelo menos, uma seção sem preenchimento; a mesma resposta em todos os itens e menos que a metade dos itens preenchidos[14], a amostra final foi de 209 participantes, representando 92,98% de adesão à pesquisa.

Neste estudo foi verificada a diferença estatística do número de respostas positivas obtidas no HSOPSC, nota geral do grau de segurança e número de eventos notificados nos últimos 12 meses, em relação às características profissionais dos sujeitos, que incluíam: anos de trabalho no hospital, profissão, unidade, sexo, grau de instrução e idade. Observou-se que dos 250 sujeitos, 139 técnicos de enfermagem (66,51%), 29 enfermeiros (13,88%), 8 técnicos de radiologia (3,83%), 6 instrumentadores cirúrgicos (2,87%), 6 médicos (2,87%), 5 fisioterapeutas (2,39%), 5 auxiliares de enfermagem (2,39%), 3 nutricionistas (1,44%), 3 psicólogos (1,44%), 2 farmacêuticos (0,96%), 2 assistentes sociais (0,96%) e 1 fonoaudiólogo (0,48%) E58 (41%) eram técnicos de enfermagem.

Quanto à caracterização dos participantes da pesquisa, a faixa etária predominante foi de profissionais até 35 anos (65,07%), a maioria do sexo feminino (79,90%). O grau de escolaridade majoritário foi do ensino médio completo (69,86%). Quanto à distribuição dos participantes pelas unidades, a maioria pertencia às unidades críticas, (64,59%). Em relação ao tempo de trabalho no hospital, 61,24% profissionais tinham menos de seis anos de trabalho (TABELA 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos profissionais participantes da pesquisa. (n=209). Diamantina, MG, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS	N	%
SEXO		
Feminino	167	79,90
Masculino	42	20,10
IDADE		
Até 35 anos	136	65,07
36 anos ou mais	73	34,93
ESCOLARIDADE		
Nível médio	146	69,86
Nível superior	63	30,14
TEMPO DE TRABALHO NO HOSPITAL		
Até 5 anos	128	61,24
6 anos ou mais	81	38,75
UNIDADE		
Crítica	135	64,59
Semi/não crítica	74	35,41

Analisando os resultados com o intuito de refletir uma possível associação entre as variáveis e a nota geral do grau de segurança, o número de notificações nos últimos 12 meses, as dimensões e o geral de respostas positivas, notou-se que as dimensões "Aprendizado organizacional" (D3), "Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente" (D8), "Passagens de plantão/turno e transferências internas" (D10), "Percepção geral da segurança do paciente" (D11) e "Frequência de eventos relatados" (D12) não obtiveram nenhuma associação. Já, as associações presentes foram mostradas na TABELA 2.

Tabela 2 - Razão de chances (OR) bruta para as respostas positivas nas variáveis (nota geral do grau de segurança, o número de notificações nos últimos 12 meses, as dimensões e o geral) segundo as variáveis independentes. Diamantina, MG, Brasil, 2015.

Dimensão/ Variáveis	Tempo de trabalho	Sexo	Grau de instrução	Unidade	Idade
D1	*OR:2,45 IC: 1,33-4,51	OR:1,11 IC: 0,53-2,31	*OR:7,22 IC: 2,73-19,08	OR:0,76 IC: 0,40-1,44	*OR:2,36 IC: 1,27-4,36
D2	*OR:0,54 IC: 0,28-1,05	OR:1,49 IC: 0,71-3,09	OR:0,99 IC: 0,51-1,92	*OR:1,89 IC: 1,01-3,55	OR:0,67 IC: 0,35-1,31
D4	OR:0,89 IC: 0,51-1,55	OR:0,79 IC: 0,40-1,58	OR:1,03 IC: 0,57-1,86	*OR:1,62 IC: 0,91-2,87	OR:0,93 IC: 0,52-1,65
D5	OR:1,00 IC: 0,57-1,77	OR:1,26 IC: 0,64-2,50	*OR:0,60 IC: 0,33-1,10	*OR:1,52 IC: 0,86-2,71	OR:1,12 IC: 0,63-1,99
D6	*OR:0,47 IC: 0,26-0,84	*OR:0,55 IC: 0,27-1,09	*OR:0,56 IC: 0,29-1,08	OR:0,92 IC: 0,51-1,67	*OR:0,68 IC: 0,37-1,23
D7	*OR:0,53 IC: 0,26-1,09	OR:0,73 IC: 0,32-1,71	*OR:0,48 IC: 0,20-1,16	OR:1,60 IC: 0,72-3,52	OR:0,99 IC: 0,47-2,08
D9	OR:0,72 IC: 0,41-1.28	OR:0,99 IC: 0,50-1,96	OR:1,01 IC: 0,56-1.84	*OR:1,68 IC: 0,95-2,98	OR:0,81 IC: 0,45-1,44
Geral	OR:0,71 IC: 0,38-1,31	OR:1,26 IC: 0,62-2,57	OR:0,98 IC: 0,52-1,86	*OR:1,71 IC: 0,94-3,11	OR:0,82 IC: 0,44-1,51
Grau de segurança	OR:1,15 IC: 0,66-2,01	*OR:0,63 IC: 0,31-1,24	OR:1,18 IC: 0,65-2.14	OR:1,22 IC: 0,69-2,16	OR:0,99 IC: 0,56-1,76
Número de notificações	*OR:0,62 IC: 0,32-1,20	OR:1,25 IC: 0,53-2,93	OR:0,67 IC: 0,31-1,42	*OR:2,33 IC: 1,08-5,01	OR:0,89 IC: 0,45-1,76

OR: Odds Ratio bruta; IC: intervalo de 95% de confiança *p≤ 0,20

Em uma análise geral, referente à concordância em relação às dimensões da cultura de segurança, sabe-se, que as predominâncias foram de profissionais com mais de 36 anos de idade (71,23%), do sexo feminino (69,46%), cujo tempo de trabalho na instituição era mais de 06 anos (72,84%) e que trabalham em setores críticos (72,59%). Não houve diferença significativa entre o grau de instrução.

No intuito de identificar a existência de fatores confundidores na associação entre as variáveis estudadas, foi aplicada a regressão logística multivariada, para as variáveis que atingiram grau de significância de pelo menos 20% na análise bivariada, conforme mostra a tabela 3.

Tabela 3 - Razão de chances (OR) ajustada para as respostas positivas nas variáveis (nota geral do grau de segurança, o número de notificações nos últimos 12 meses, as dimensões e o geral) segundo as variáveis independentes. Diamantina, MG, Brasil, 2015.

Dimensão/ Variáveis	Tempo de trabalho	Grau de instrução	Unidade
D1	*OR:2,25 IC: 1,19-4,27	**OR:6,82 IC: 2,56-18,19	-
D2	-	-	***OR:1,89 IC: 1,01-3,55
D6	****OR: 0,47 IC: 0,26-0,84	-	-
Notificações	-	-	*****OR: 2,33 IC: 1,08-5,01

OR: Odds Ratio ajustada; IC: intervalo de 95% de confiança; p≤ 0,05.
Regressão logística univariada.
*** D1 – Tempo de trabalho, foi ajustada com o grau de instrução e idade.**
**** D1 – Grau de instrução, foi ajustada com tempo de trabalho e idade.**
***** D2 – Unidade, foi ajustada com o tempo de trabalho.**
****** D6 – Tempo de trabalho, foi ajustada com o grau de instrução, idade e sexo.**
******* Notificações – Unidade foi ajustada com o tempo de trabalho.**

Na análise multivariada, as variáveis independentes de acordo com a cultura de segurança do paciente que se mostraram estatisticamente significativas foram às dimensões D1 - Trabalho em equipe no âmbito das unidades, D2 - Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes e D6 - Profissionais e as notificações.

Na Tabela 3, verifica-se que a razão de chance ajustada para concordância dos itens da dimensão "Trabalho em equipe no âmbito das unidades" (D1) foi maior entre profissionais com nível superior (OR: 6,82 IC:2,56-18,19) e que trabalhavam no hospital a no máximo 05 anos (OR:2,25 IC:1,19-4,27). Esta dimensão trata sobre o apoio, o respeito e o trabalho em equipe[14]. Ainda em relação a esta dimensão a prevalência de respostas positivas para esta dimensão foi entre os profissionais de até 5 anos de trabalho no hospital (78,13%), eram do sexo feminino (71,26%), que possuíam nível superior (92,06%), trabalhavam em unidades semi/não críticas (74,32%) e possuíam até 35 anos de idade (77,21%).

Já, a dimensão "Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes" (D2), que é definida pela atuação do supervisor/gerente perante a equipe[14],

demonstrou que a maioria das respostas positivas (77,78%) foram dos profissionais que trabalhavam em áreas críticas e a razão de chance para isto acontecer é 2 vezes maior, que nas áreas semi/não críticas (OR:1,89 IC:1,01-3,55).

A terceira dimensão que apresentou um resultado significante foi "Profissionais" (D6). Os dados desta dimensão retratam o dimensionamento de pessoal e a carga horária, baseados na percepção dos profissionais[14]. Foi evidenciado que os profissionais com mais de 06 anos de trabalho no hospital, tiveram um maior percentual de respostas positivas (44,44%). Este achado mostrou uma significância menor do que 1 (OR:0,47 IC:0,26-0,84), indicando que a razão de chance de respostas positivas para esta dimensão é menor nos profissionais com até 05 anos de trabalho no hospital do que os que trabalham a mais tempo no hospital, indicando que o tempo de trabalho no hospital é um fator de proteção para os profissionais com mais de 05 anos de trabalho no hospital.

Além disso, em relação ao grau de segurança, observa-se que a nota de segurança muito bom/ bom foi mais referida pelos sujeitos que tinham menos de 5 anos de trabalho no hospital (49,22%), eram do sexo masculino (57,14%), do nível superior (50,79%), eram das unidades críticas (49,63%) e possuíam mais de 36 anos de idade (47,95%). Porém, notou-se que essa variável não teve diferença significativa com as demais variáveis.

Quanto ao número de eventos notificados nos últimos 12 meses, houve uma associação significativa para a variável unidade, onde mostrou que as unidades críticas notificam mais (26,67%) e a chance de isto acontecer é 2 vezes maior, que nas áreas semi/não críticas (OR: 2,33 IC:1,08-5,01). Vale ressaltar que o número de eventos notificados nos últimos 12 meses, foi mais frequente nos profissionais que tinham 6 anos ou mais de trabalho no hospital (45,68%), eram do sexo feminino (22,75%), possuíam nível superior (23,97%), eram das unidades críticas (26,67%) e possuíam mais de 36 anos de idade (23,29%).

DISCUSSÃO

Este estudo traz uma análise das variáveis sociodemográficas e laborais (anos de trabalho no hospital, unidade, sexo, grau de instrução e idade) e analisa sua associação com as variáveis relativas à percepção/cultura de segurança do paciente (nota geral do grau de segurança, número de notificações nos últimos 12 meses, as dimensões e o geral de respostas positivas da pesquisa sobre a percepção de cultura de segurança do paciente).

Em relação às variáveis sociodemográficas e laborais, a mediana da idade foi de

32 anos, assemelhando-se a estudos nacionais e internacionais[6,11,22]. No entanto, no estudo realizado em Taiwan[18], a idade média dos profissionais foi mais baixa em relação ao nosso estudo. Além disso, a maioria dos profissionais trabalhavam a menos de 05 anos na instituição, corroborando com vários estudos[19, 20, 21]. Tais dados apontam que os profissionais são recém-contratados e que, a instituição apresenta uma taxa de rotatividade alta. A rotatividade é empregada para definir entradas e saídas de pessoal da instituição. É comum uma pequena taxa de rotatividade nas instituições, mas a taxa elevada é prejudicial a mesma, elevando os custos de recrutamento, seleção, treinamento. Outras características dos profissionais assemelham-se a outros estudos, principalmente quanto à predominância de pacientes do sexo feminino[21,22,23], o trabalho em unidades críticas[21] e a prevalência do nível médio como grau de instrução[22,23].

Em relação aos fatores associados às dimensões de cultura de segurança, a associação da dimensão "Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes" com as áreas críticas, ficou evidente que as ações dos supervisores e gerentes são mais observadas e recebidas, pelos setores fechados. Assim, os dados do estudo mostram que a visão do supervisor não foi considerada como uma área problemática na perspectiva da cultura de segurança do paciente, uma vez que é inerente ao líder, elogiar a equipe quando esta executa suas atividades com excelência e saber escutar as demandas da equipe. A proximidade e o fácil acesso ao líder em um setor fechado são considerados como facilitadores para os processos de segurança[24]. Cabe ressaltar, que o primeiro passo para uma liderança eficaz, consiste em conhecer as necessidades e expectativas pessoais e profissionais dos membros da equipe[25]. Para tanto, estudos tem enfatizado na adoção de modelos de gestão em direção a uma cultura participativa, compartilhada ou colegiada. Um líder eficaz atua como foco de recepção e transmissão de informações, ou seja, é capaz de se comunicar. A comunicação é fundamental para o exercício da influência, para a coordenação das atividades grupais e, portanto, para a efetivação do processo de liderança[26].

Outro dado relevante do estudo foi referente ao número de notificações de eventos adversos nos últimos 12 meses acontecerem em maior quantidade nos setores críticos do que nos semi/não críticos. Neste contexto a divulgação dos eventos adversos é a principal aliada na abordagem sistemática da prevenção de erros. As notificações fornecem uma base valiosa para continuamente redesenhar estruturas e processos falhos[27]. O comportamento do líder que tende a direcionar sistemas organizacionais falhos em vez de punir os indivíduos tem sido frequentemente discutido na literatura sobre o erro e a segurança do paciente[4,28]. Estudos

internacionais recentes mostram que quando o supervisor possui um estilo de liderança transformacional, ele usa do carisma e da comunicação, para criar um elo de confiança mútua e de responsabilidade, para influenciar, inspirar e capacitar os outros a equipe. Isto pode ser visto como um comportamento de liderança eficaz, visando um clima organizacional saudável e resultados positivos na segurança do paciente[18,29].

Vale ressaltar uma grande preocupação por parte dos profissionais sobre as punições advindas dos erros cometidos. Vários estudos ainda evidenciam a existência de uma cultura punitiva, ainda, persistente em muitos hospitais no Brasil e no mundo, na qual o erro é encarado como algo humilhante e que merece punição.[19,22,30,31]. Esta abordagem tradicional de culpabilidade do indivíduo, não somente o distancia do foco da melhoria sistêmica da qualidade, como também contribui para desencorajá-los a notificarem os erros, uma vez que podem sofrer consequências frente a isso[4]. Portanto, o que orienta este pensamento é que os EAs não são causados por más pessoas, mas por sistemas que foram mal desenhados e produzem resultados ruins[27]. Neste contexto, as instituições, em busca de uma melhoria da qualidade na assistência buscam a implantação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, cujo foco está em procurar as falhas sistêmicas e não culpados para punir.

Em relação à dimensão "Trabalho em equipe no âmbito das unidades", nota-se que os profissionais de nível superior e os que trabalham a menos tempo na instituição possuíram uma maior concordância com os itens desta dimensão. Alguns estudos, afirmam sobre a existência de itens, para que as pessoas se sintam inseridas em uma equipe de trabalho, dentre eles citamos comunicação aberta, confiança, respeito, propósitos bem definidos e parceria entre seus membros. Estes somatórios de itens são de suma importância para se atingir sucesso e a qualidade no trabalho em equipe. Em contrapartida, alguns autores citam, estresse, a escassez de recursos humanos, as barreiras na comunicação entre os profissionais, as relações interpessoais não efetivas, a falta de atenção e o fator emocional dos profissionais, como dificultadores no processo de trabalho[32,33]. Estas reclamações frequentes advindas dos profissionais de nível médio enfraquecem a relação com a equipe. É sabido, também, que perante os profissionais de nível médio, o nível superior é considerado um líder, tendo como função mediar conflitos e criar alternativas para o bom funcionamento do setor, tornando mais próximo e com uma visão melhor da equipe[34,35,36]. Um estudo realizado na Espanha, com profissionais do nível superior, corrobora com os achados deste estudo, que indicam que um bom relacionamento interno entre a equipe pode ser utilizado como um facilitador para a promoção de intervenções para melhorar a segurança do paciente[20].

Convém destacar, que os profissionais com mais tempo de instituição, foram os que mais pontuaram a dimensão “profissional”, considerando-a como um ponto fraco da instituição. Estes profissionais por terem uma vivência maior na instituição, possuem um grau de conhecimento maior dos processos sistêmicos e das fragilidades apresentadas. Uma pesquisa recente realizada no estado do Ceará, com enfermeiros, corroborou com vários estudos que associaram à carga de trabalho da equipe, à ocorrência de eventos adversos. Isto demonstra que um aumento do número de pacientes designados para a equipe enfermagem aumenta a incidência de eventos adversos. No decorrer do dia, a exaustiva rotina de um serviço lotado, facilita a ocorrência de eventos adversos e erros humanos causados pela pressa, impactando negativamente sobre a segurança do paciente[6].

Uma das principais questões emergentes em vários estudos estava relacionada com a insatisfação por parte dos profissionais com as "condições de trabalho", como a sobrecarga, falta de motivação, baixa remuneração e horas de trabalho excessivas. [19,20,22]. Essa informação evidência que as condições de trabalho influenciam diretamente na segurança dos pacientes. Devido a maior parte do estudo ser de profissionais da enfermagem, vale ressaltar um estudo realizado com a equipe de enfermagem de duas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) em São Paulo, que demonstrou que à sobrecarga de trabalho de enfermagem aumentou o número de dias de internação dos pacientes estudados e também estava associada a um aumento de risco de mortalidade dos pacientes[37]. Obviamente, os impactos que os profissionais sofrem, afetam diretamente na assistência prestada.[21]

Vale ressaltar em um estudo que explorou as opiniões de profissionais do nível superior de um hospital apontaram que a falta de formação profissional é um fator que dificulta a implementação de uma assistência segura ao paciente, com a necessidade de treinamento da equipe[6].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação desses aspectos situa-se em um patamar de extrema relevância, uma vez que as variáveis estudadas refletem a forma de agir e pensar dos profissionais no ambiente de trabalho, formando uma perspectiva da cultura de segurança.

Este estudo forneceu dados sobre a cultura de segurança em uma amostra representativa de uma equipe multiprofissional no âmbito hospitalar. No contexto deste estudo, as associações entre as variáveis dependentes e independentes foram capazes de

identificar sinais de possíveis fragilidades sistêmicas, agregando saberes aos dados obtidos por meio do questionário HSOPSC de avaliação da cultura de segurança.

Dessa maneira, fazendo um elo entre os erros e a segurança do paciente, direcionamos nosso pensar para uma perspectiva do fator humano envolvido. Logo, errar é humano, mas, na área da saúde, e necessário que os profissionais e gestores, propiciem um ambiente saudável (minimização de riscos) para o desenvolvimento das atividades assistências.

Os avanços e transformações nos cenários da saúde, especialmente no ambiente hospitalar, têm repercutido nas formas como as equipes se organizam para prestar uma assistência integral à saúde. Os profissionais são chamados a repensar suas ações e modo de cuidar, sendo essa uma condição essencial para as mudanças sistêmicas.

É relevante destacar que algumas ações requerem apenas reorganização na própria unidade de trabalho ou alguma mudança sistêmica, que engloba toda a instituição. Por outro lado, outras necessitam de gastos financeiros, que é um assunto crítico devido à característica filantrópica da instituição de saúde do estudo. Mas, o principal ponto a ser trabalhado deverá ser a conscientização e compromisso pessoal por parte dos profissionais no que diz respeito a atitudes e comportamentos para um cuidado seguro.

Concluímos, portanto, que os resultados obtidos com esse tipo de avaliação mostram claramente algumas lacunas sistêmicas que devem ser abordadas.

No que tange à pesquisa, acreditamos que o desenvolvimento de novos estudos que explorem as possibilidades de associação entre as dimensões e as variáveis independentes são de suma importância, visto que os resultados podem contribuir para as mudanças nas práticas profissionais e institucionais.

REFERÊNCIAS

1 CHANTLER, C. **The role and education of doctors in the delivery of healthcare**. The Lancet. 1999; 353:1178-1181.

2 CAPUCHO, H. C., CASSIANI, S. H. B**. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil.** Rev Saúde Pública 2013; 47(4):791-8.

3 JHA, Ashish (ed). **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. WHO, 2008.

4 KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS, EDITORS**. To error is human: building a safer health system**. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press; 1999.

5 BELELA, ASC; PETERLINI, MAS; PEDREIRA, MLG. **Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos.** Rev. bras. ter. intensiva. 2010;22(3):257-63.

6 OLIVEIRA, R.M. et al. **Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 49, n. 1, p. 104-113, fev. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100104&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 set. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100014.

7 REASON, J. **Human error: models and management.** Brit Med J. 2000; (320):768-770.

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

9 SILVA, Z.A.G. **Cultura de segurança do paciente e fatores relacionados em uma rede hospitalar pública espanhola**. Cad. Saúde Pública vol.29 no.2 fev Rio de Janeiro. 2013

10 SALLIE J. etal. **Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy.** Ann Intern Med. 2013; 158 (5_Part_2): 369374.

11 DANIELSSON, M. **Patient safety subcultures among registered nurses and nurse assistants in Swedish hospital care: a qualitative study**. BMC Nursing 2014, 13:39

12 RIGOBELLO, M.C.G. **Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem.** Acta Paul Enferm. 2012; 25(5):728-35.

13 HIROE KOBUSE, MPH. **Visualizing variations in organizational safety culture across an inter-hospital multifaceted workforce**. Journal of Evaluation in Clinical Practice 20 (2014) 273–280 © 2014 John Wiley & Sons, Ltd.

14 SORRA J, NIEVA V. **Hospital survey on patient safety culture.** Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Sep, 2004. AHRQ Publication No. 04-0041

15 CLINCO. SDO. **O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente** [dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas; 2007.

16 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.

17 REIS, Claudia Tartaglia. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro.** Rio de Janeiro : ENSP, 2013, 217f

18 PING-YI ETAL. The influences of nursing transformational leadership style on the quality **of nurses' working lives in Taiwan: a cross-sectional quantitative study**. *Enfermagem BMC*, 14: 33, may. 2015

19 TOMAZONI, Andréia et al. **Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care.** Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 24, n. 1, p. 161-169, mar. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100161&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2015. Epub Mar-2015. http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014.

20 GAMA, Zenewton André da Silva; OLIVEIRA, Adriana Catarina de Souza; HERNANDEZ, Pedro Jesus Saturno. **Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 29, n. 2, p. 283-293, fev. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015.

21 MAGALHÃES AMM, DALL'AGNOL CM, MARCK PB. **Nursing workload and patient safety: a mixed method study with an ecological restorative approach**. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(n.spe):146-54.

22 SILVA-BATALHA, E.M.S.; MELLEIRO, M.M. **Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution**. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 24, n. 2, p. 432-441, jun. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200432&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014.

23 WANG, X. etal. **The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey.** International Journal of Nursing Studies 51 (2014) 1114–1122 . DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.007.

24 PEREIRA CA, MIRANDA LCS, PASSOS JP. **O estresse ocupacional da equipe de enfermagem em setor fechado.** Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online 2009. set/dez. 1(2):196-202

25WEHBE G, GALVÃO CM. **O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações.** Rev Latino-am Enfermagem 2001 março; 9(2): 86-90.

26 FAVERO, N; SIMOES, A.L.A. **O desafio da liderança para o enfermeiro**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 11 (5): 567-73, set. /out. 2003.

27 LEAPE LL. **New world of patient safety**. Arch Surg. 2009 May; 144(5):394-98.

28 HILLEN, H et al. **The association between transformational leadership in German hospitals and the frequency of events reported as perceived by medical directors.** Journal of Risk Research, 2015 http://dx.doi.org/10.1080/13669877.2015.1074935

29 MCFADDEN, K. L., G. N. STOCK, AND C. R. GOWEN. **Leadership, Safety Climate, and Continuous Quality Improvement.** Health Care Management Review 2015.40 (1): 24–34.

30 FRANCOLIN, L. et al. **Patient safety management from the perspective of nurses**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 49, n. 2, p. 0277-0283, abr. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200277&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013.

31 CLARO, C.M. et al. **Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 167-172, mar. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100023&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100023

32 CORREGGIO, T.C.; AMANTE, A.L.; BARBOSA, S.F.F. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico.** Rev. SOBECC, São Paulo. abr./jun. 2014; 19(2): 67-73

33 BARBOZA, M.C.N. etal. **Estresse ocupacional em enfermeiros atuantes em setores fechados de um hospital de pelotas/RS.** Rev Enferm UFSM 2013 Set/Dez; 3(3):374-382

34 ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 455-464, Apr. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Oct. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022

35 PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação [tese].** Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

36 BREEVAART, K. etal. **Uncovering the Underlying Relationship Between Transformational Leaders and Followers' Task Performance**. Jornal de Psicologia Pessoal (2014), 13 pp. 194-203. DOI: 10,1027 / 1.866-5.888 / a000118. © 2014 Hogrefe Publishing.

37 NOVARETTI, M.C.Z. et al. **Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 67, n. 5, p. 692-699, out. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500692&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504

38 MENDEZ, M.J.P. etal. **Methodological aspects in the assessment of safety culture in the hospital setting: A review of the literature.** Nurse Education Today 34 (2014) 162–170

4 CONCLUSÃO

Os avanços e transformações nos cenários da saúde, especialmente no ambiente hospitalar, têm repercutido nas formas como as equipes se organizam para prestar uma assistência integral a saúde. Os profissionais são chamados a repensar suas ações e modo de cuidar, sendo essa uma condição essencial para as mudanças sistêmicas.

Sabe-se que é importante reconhecer que em qualquer instituição de saúde existem fragilidades que podem afetar a prática do cuidado e a segurança do paciente, mas que podem ser alteradas e melhoradas.

O cuidado assistencial tem o objetivo de auxiliar nos problemas de saúde dos pacientes, mas por muitas vezes, essa prática que tem a intenção de gerar boas ações, podem desencadear resultados diferentes dos planejados.

Acredita-se que os eventos adversos decorrentes das práticas em saúde podem auxiliar no processo do cuidar, se vistos como oportunidades de melhoria do sistema e não como resultado da incompetência de um profissional.

Por conseguinte, destaca-se a necessidade de promover uma cultura de segurança do paciente, no qual é possível conhecer o erro e aprender a partir dele, evitando que eventos adversos possam se repetir.

Ao avaliar a cultura de segurança do paciente através da percepção da equipe multidisciplinar de um hospital filantrópico percebeu-se vários pontos fracos e possibilidades de melhoria nos processos internos da instituição.

Destacou-se na percepção dos profissionais que os maiores percentuais de avaliação positiva foram dos itens relacionados às dimensões: expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente (73,68%), aprendizado organizacional, melhoria contínua (72,25%) e trabalho em equipe no âmbito das unidades (71,77%).

Neste sentido, é importante salientar que a maioria dos profissionais estão satisfeitos com as atitudes dos supervisores, que estão trabalhando em prol de transformar o ambiente em um local mais seguro e também que o trabalho em equipe dentro da unidade é positivo para os profissionais.

Por outro lado, as dimensões com menores percentuais de respostas positivas foram: respostas não punitivas aos erros (18,66%), profissionais (36,36%) e percepção geral de segurança do paciente (42,58%).

Estes resultados vão ao encontro de vários estudos que reforçam a respeito da sobrecarga e dimensionamento dos profissionais que evidenciam que as condições de trabalho influenciam diretamente na segurança dos pacientes. Outro aspecto relevante ao estudo e que também impacta na segurança do paciente, é a cultura punitiva frente aos erros, na qual os profissionais ainda têm medo de uma represália frente a uma falha. Frente a isso, o encorajamento dos profissionais para a notificação de eventos adversos pelos supervisores e gerentes das instituições é de suma importância para o desenvolvimento de ações efetivas para as soluções dos problemas sistêmicos.

As variáveis independentes que apresentaram associações estatisticamente significativas foram: unidade crítica para a dimensão "Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes" (D2), (OR:1,89 IC: 1,01-3,55) e para o item número de eventos notificados nos últimos 12 meses, (OR: 2,33 IC: 1,08-5,01); tempo de trabalho para a dimensão "Profissionais" (D6), (OR:0,47 IC: 0,26-0,84) e dimensão "Trabalho em equipe no âmbito das unidades" (D1), (OR:2,25 IC: 1,19-4,27) e a variável grau de instrução para a dimensão "Trabalho em equipe no âmbito das unidades" (D1), (OR:6,82 IC:2,56-18,19)

Neste contexto, este estudo possibilitou o conhecimento da percepção da equipe multidisciplinar baseada nas dimensões da cultura de segurança do paciente que precisam ser aprimoradas com foco na melhoria da qualidade da assistência. As associações entre as variáveis dependentes e independentes foram capazes de agregar saberes aos dados obtidos por meio do questionário HSOPSC de avaliação da cultura de segurança.

É relevante destacar que algumas ações requerem apenas reorganização na própria unidade de trabalho ou alguma mudança sistêmica, que engloba toda a instituição. Por outro lado, outras necessitam de gastos financeiros, que é um assunto crítico devido à característica filantrópica da instituição de saúde do estudo. Mas, o principal ponto a ser trabalhado deverá ser a conscientização e compromisso pessoal por parte dos profissionais no que diz respeito a atitudes e comportamentos para um cuidado seguro.

Nesse entendimento, cabe a instituição promover meios para que a segurança do paciente seja efetivada, como, sensibilização dos profissionais, educação em serviço, criação do núcleo de segurança do paciente e um sistema de notificação efetivo. Somente dessa forma teremos um profissional mais preparado e confiante, que possa identificar os riscos no sistema e intervir, reduzindo as lacunas no processo, antes que este possa causar algum dano ao paciente.

No que tange o instrumento, acreditamos que a abordagem da cultura de segurança precisa de múltiplos enfoques que permitam aprofundar, de forma compreensiva e dinâmica, os diferentes processos que nela interagem. A aplicação de um instrumento de análise de ações teve um aspecto favorável para a sinalização de pontos fortes e fracos da cultura de segurança. Todavia, outras ferramentas, como, entrevista, grupos focais, observação, análise documental e auditorias, podem ser utilizadas como aliados no sentido de fornecer informações complementares para a melhoria da cultura de segurança institucional.

Outro aspecto importante que deve ser avaliado são os cursos de formação de profissionais, tanto do nível médio, quanto do superior. Devido ao contexto nacional e internacional na qual a segurança do paciente está inserida os cursos devem se ater a inclusão na sua grade curricular de conteúdos relacionados à segurança do paciente, para que possam trabalhar juntos com estes futuros profissionais conceitos essenciais para a formação de uma cultura de segurança permeada em preceitos éticos e de melhoria da qualidade.

REFERÊNCIAS

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. 2003. Disponível em: <http://www.ahrq.gov>.Agency for Healthcare Research and Quality.

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. **Patient safety indicators technical specifications.** Version 4.5. Rockville (MD): ARHQ; 2013. Disponível em: http:// www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx.

ANDREASSI, Tales. **Gestão da inovação tecnológica.** São Paulo: Thomson Learning, 2007.

ARAÚJO, Luis César G. de. **Tecnologias de Gestão Organizacional**. São Paulo: Atlas, 2001.

BARRAL LUANA NAYARA MAIA, ETAL. **Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino**. REME – Rev. Min. Enferm.;16(2): 188-193, abr./jun., 2012

BERWICK DM. **Continuous Improvement as an Ideal in Health Care**. N Eng J Med 1989.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletins Informativo - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.** 2013. Disponíveis em: http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº. 63 de 25 de novembro de 2011.** Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2063-2011.pdf

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico**. Brasília; 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**/ Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. ISBN 978-85-334-2057-1

BRENNAN, T.A., et al. **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.

CAMINHA J A N, CASARIN A, BUENO I. **Indicadores de Saúde**. Revista ATM74, Faculdade de Medicina UFRGS, 1974: 25- 59

CAPUCHO, H. C., CASSIANI, S. H. B**. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil.** Rev Saúde Pública 2013;47(4):791-8.

CHANTLER, C. **The role and education of doctors in the delivery of healthcare**. The Lancet. 1999; 353:1178-1181.

CINTRA EA, PINTO AC, SOUSA EO, ROSA EV, LIMA IA, RODRIGUES SO. **Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermeiros: opinião de enfermeiros.** Nursing. 2010; 28(1):29-34.

CLINCO. SDO. **O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente [dissertação]**. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas; 2007.

COUTO RC, PEDROSA TMG, NOGUEIRA JM. **Infecção Hospitalar: epidemiologia e controle**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 1999.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G. **Hospital: Acreditação e gestão em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

DIAS, R. Cultura organizacional**: construção, consolidação e mudanças.** São Paulo: Atlas, 2013. Cap. 1.

DICIONÁRIO CANADENSE DE SEGURANÇA DO PACIENTE. **The Canadian Patient Safety Dictionary.** Canada, october, 2003.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the Quality of Medical Care.** Milbank Mem. Fund. Q.1966; 44(3): (Pt2):166-203.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approach to its assessment**. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980. v.1.

FERREIRA, V.R. **Análise dos eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta de gestão da qualidade da assistência de enfermagem.** Belo horizonte, 98f., 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1997.

FRIAS, P. G., et al. **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

GALINDO, R.H.; FELICIANO, K.V.O.; LIMA, R.A.S.; SOUZA, A.I. **Síndrome de burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife.** Rev Esc Enferm USP 2012; 46(2):420-7.

GOUVÊA CSD, TRAVASSOS C. **Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática**. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(6):1061-1078.

IOM. Institute Of Medicine. **Medicare: a strategy for quality assurance**. Volume I. Washington, D.C.: National Academy Press; 1990 [citado 5 abril 2011]. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/1547.html>.

JHA, Ashish (ed). **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. WHO, 2008.

JURAN, J. M.; GRYNA, F. M. **Controle da Qualidade:** Conceitos, Políticas e Filosofia da qualidade. São Paulo: Makron/McGraw-Hill, 1991. p.377.

KASS-BARTELMES, B.L.; RUTHERFORD, M.K. **AHRQ Tools and resources for better health care. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality**; 2002. Research in Action Issue 10. AHRQ Pub No. 03-0008. Disponível em http://www.ahrq.gov/qual/tools/toolsria.pdf (Acessado em 15/11/12).

KOHN LY, CORRIGAN JM, DONALDSON MS. **Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a Safer Health System.** Washington DC: National Academy Press; 2000.

LEAPE, L. L. **Error in Medicine**. JAMA, 1994, 272:1851-1857.

LEATHERMAN S. **The business case for quality: case studies an analysis**. Health Affairs. 2003:22(2): 17-30.

LIMA, R.A.S. et al. **Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(4):1051-1058, 2013

MAGNABOSCO, G. **Síndrome de burnout em trabalhadores de um hospital público de média complexidade.** Rev. Min. Enferm.;13(4): 506-514, out./dez., 2009.

MAINZ, J. **Defining and classifying clinical indicators for quality improvement**. Int J Qual Health Care 2003; 15:523-30.

MATOS SELME SILQUEIRA DE CARVALHO DACLÉ VILMA. **A comunicação escrita das ações de enfermagem: uma contribuição ao ensino da graduação.** REME- Rev. Min. Enf., 6(1/2):7-15, jan./dez., 2002.

MESQUITA ANA MARIA OTONI, SUELY FERREIRA DESLANDES. **A Construção dos prontuários Como Expressão da Prática dos Profissionais de Saúde.** Soc Saude. [Internet]. 2010 setembro [cited 2016 janeiro 7]; 19 (3): 664-673. Disponível a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300017&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300017.

MCDONALD, K.M., et al. **Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States using readily available administrative data**. Pediatrics 2008; 122:e416-25.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**; 3. ed., Londres: Longman Green, l863.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Informe Técnico** nº122, 1957.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**, 2006.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** The Lancet, 2011. p. 11-31.(Série Saúde no Brasil, nº1).

PALMER, R.H.; DONABEDIAN, A.; POVAR, G.J. **Striving for Quality in Health Care: An Inquiry Into Policy and Practice**. Health Administration Press, Ann Arbour, Michigan, 1991.

PENCHEON D. **The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators**. Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement/The Association of Public Health Observatories; 2008. 36 p. Extraído de [http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584], acesso em [07 de março de 2015].

PIRES MPO, PEDREIRA MLG, PETERLINI MAS. **Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de checklist de intervenção pré-operatórias.** Rev Latino-Am Enfermagem. 2013; 21(5):1-8.

PORTER M, TEISBERG E. **Repensando a saúde: estratégia para melhorar a qualidade e reduzir os custos.** Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 2007

PORTER, M. E. **A vantagem competitiva das nações**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

PORTO, KLH. **A segurança do paciente na utilização do checklist.** Rev. Enfermagem RevistaV. 17. N° 02. Maio/Jun. 2014;

PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ. (s.d.). **Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente [Internet].** Rio de Janeiro; acesso em 10 jan 2015. Disponível em: http://proqualis.net/

QUINTO NETO, A. **A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente.** RAS _ Vol. 10, No 41 – Out-Dez, 2008.

REASON J. **Human error.** London: Cambridge University Press; 2003. 302 p.

REASON, J. **Human error: models and management**. Brit Med J. 2000; (320):768-770.

REIS, Claudia Tartaglia. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. Rio de Janeiro : s.n., 2013.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Opas: Brasília; 2002.

ROSA, Mario Borges. **Erros de Medicação em um hospital de referência em Minas Gerais.** 2002. 94 f.. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

RUNCIMAN W., et al. **Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms**. Int J Qual Health Care. 2009;21(1):18-26.

SCHWONKE, C.R.G.B. **Conhecimento da equipe de enfermagem e cultura de segurança: análise sistêmica dos riscos na assistência ao doente crítico em ventilação mecânica invasiva**. 2012. 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

SILVA, I.M.; CRUZ, R.M.; LEAL, L.A.S. **Manual de normalização: dissertações monografias e teses / Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri**. Diamantina: UFVJM, 2015. 76 p.

SILVA, S.G.; NASCIMENTO, E.R.P.; SALLES, R.K. **Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 837-44.

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

SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. Hospital **Survey on Patient Safety Culture (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004)**. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD:. September 2004.

WHO. World Health Organization. **WHO guidelines for safe surgery**. Geneva:WHO; 2009.

WHO. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008 – 2009**. Geneva:WHO; 2008.

ZIMMER, P.M., et al. **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.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Comitê de Ética em Pesquisa
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: "Conhecimento da Equipe Multiprofissional sobre Segurança do Paciente: Análise Sistêmica dos Riscos na Assistência Advindos dos Eventos Adversos Não Infecciosos", coordenada pela Professora Dra. Angelina do Carmo Lessa e contará ainda com a co orientação da Professora Dra. Delba Fonseca Santos, sob a responsabilidade da pesquisadora Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano.

Caso concorde em participar, você contribuirá para a compreensão do *status* de cultura de segurança na Instituição, possibilitando que intervenções sejam feitas para o seu fortalecimento, somando possibilidades à melhoria do cuidado de saúde prestado aos pacientes nessa organização.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador ou com a [redacted]

Essa pesquisa integra o Curso de Mestrado Profissional em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). O objetivo geral da pesquisa é verificar o conhecimento dos multiprofissionais que atuam em um Hospital do Vale do Jequitinhonha acerca das ocorrências de eventos adversos não infecciosos e identificar as atitudes, em relação à segurança do paciente, de forma a caracterizar a cultura de segurança, na percepção de uma equipe multiprofissional. Caso você decida aceitar o convite, será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: participação em uma reunião onde todos os sujeitos da pesquisa serão orientados sobre a pesquisa, assinatura do termo de consentimento e preenchimento do questionário. O tempo previsto para a sua participação são de aproximadamente 30 minutos, sendo 15 minutos para participar da reunião e 15 minutos para preenchimento do questionário.

Para tanto, caso você concorde em participar, você preencherá um questionário da *Agency for Health Research and Quality (AHRQ),* intitulado *Hospital Survey On Patient Safety Culture* cujas questões são relacionadas às dimensões da cultura de segurança. Seu preenchimento leva em torno de 10 a 15 minutos. O conteúdo do questionário é sigiloso, anônimo, confidencial e ficará sob a minha responsabilidade por 2 anos, e posteriormente destruídos, sendo utilizado para a realização do estudo, podendo os resultados serem utilizados estritamente para fins acadêmicos, congressos, reuniões técnico-científicas, revistas de saúde pública, sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições.

Os riscos são mínimos e estão relacionados ao constrangimento dos sujeitos ao responderem às perguntas contidas no questionário e serão minimizados pelos seguintes procedimentos: serão garantidos aos mesmos o direito de recusarem a responder qualquer pergunta do referido instrumento e local privado para responder ao questionário.

Quanto aos benefícios relacionados com a sua participação os sujeitos serão esclarecidos que as informações obtidas com este estudo contribuirão para conhecer a cultura da segurança do paciente na instituição e possibilitar o planejamento de estratégias de melhoria da qualidade na assistência do paciente. O participante da pesquisa ainda será informado que não obterá nenhum benefício econômico na participação do estudo.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração ou ressarcimento para tal. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Desde já agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa. Os meus telefones para contato são (38) 8818-5887, (38) 3531-8758 e o meu email é alessandracffserrano@gmail.com.

_____/_____/_____ _____
Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação. A pesquisadora me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional a que eu venha solicitar e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

_____/_____/_____ Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UNA
Rua Guajajaras, 175, 4º andar – Belo Horizonte/MG
Telefone do Comitê: (31) 3508-9110

APÊNDICE B - Autorização para coleta de dados

[redacted]

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, [redacted], ocupante do cargo de [redacted] do (a) [redacted] **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto **"Conhecimento da Equipe Multiprofissional sobre Segurança do Paciente: Análise Sistêmica dos Riscos na Assistência Advindos dos Eventos Adversos Não Infecciosos"** dos pesquisadores **Professora Dra. Angelina do Carmo Lessa, Professora Dra. Delba Fonseca Santos e Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano** nas instalações físicas da [redacted] após a aprovação do referido projeto pelo CEP do Centro Universitário UNA.

Diamantina, 02 de Setembro de 2014

ASSINATURA: [redacted]

CARIMBO: [redacted]

APÊNDICE C - Termo de Compromisso de Cumprimento da Resolução 466/2012

TERMO DE COMPROMISSO DE CUMPRIMENTO DA RESOLUÇÃO 466/2012

Nós, Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano, RG. MG-11643404 e Angelina do Carmo Lessa, RG. 2631249 SSP-GO, responsáveis pela pesquisa intitulada "Conhecimento da Equipe Multiprofissional sobre Segurança do Paciente: Analise Sistêmica dos Riscos na Assistência Advindos dos Eventos Adversos Não Infecciosos" declaramos que:

- Assumimos o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) na pesquisa;
- O material e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a nossa responsabilidade;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos em periódicos científicos e/ou em encontros, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa, não havendo qualquer acordo restritivo à divulgação;
- Assumimos o compromisso de suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano, consequente à mesma, a qualquer um dos sujeitos participantes, que não tenha sido previsto no termo de consentimento.
- O CEP do Centro Universitário UNA será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa, por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da interrupção da pesquisa;
- As normas da **Resolução 466/2012** serão obedecidas em todas as fases da pesquisa.

Diamantina, 15 de Setembro de 2014.

Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano	Angelina do Carmo Lessa
CPF 068.370.716-70	CPF 010.695.576-41

ANEXO

ANEXO 1 – Questionário da Agency for Healthcare Research and Quality (ARHQ) – ORIGINAL

HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE

INSTRUCTIONS

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.

- *An "event" is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.*
- *"Patient safety" is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.*

SECTION A: Your Work Area/Unit

In this survey, think of your "unit" as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend *most* of your work time or provide *most* of your clinical services.

What is your primary work area or unit in this hospital? Mark ONE answer by filling in the circle.

○ a. Many different hospital units/No specific unit

○ b. Medicine (non-surgical)
○ c. Surgery
○ d. Obstetrics
○ e. Pediatrics
○ f. Emergency department
○ g. Intensive care unit (any type)
○ h. Psychiatry/mental health
○ i. Rehabilitation
○ j. Pharmacy
○ k. Laboratory
○ l. Radiology
○ m. Anesthesiology
○ n. Other, please specify:

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit. Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital work area/unit…	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. People support one another in this unit	①	②	③	④	⑤
2. We have enough staff to handle the workload	①	②	③	④	⑤
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done	①	②	③	④	⑤
4. In this unit, people treat each other with respect	①	②	③	④	⑤
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care	①	②	③	④	⑤
6. We are actively doing things to improve patient safety	①	②	③	④	⑤
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care	①	②	③	④	⑤
8. Staff feel like their mistakes are held against them	①	②	③	④	⑤
9. Mistakes have led to positive changes here	①	②	③	④	⑤
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here	①	②	③	④	⑤
11. When one area in this unit gets really busy, others help out	①	②	③	④	⑤
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem	①	②	③	④	⑤

SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)

Think about your hospital work area/unit…	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness	①	②	③	④	⑤
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly	①	②	③	④	⑤
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done	①	②	③	④	⑤
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file	①	②	③	④	⑤
17. We have patient safety problems in this unit	①	②	③	④	⑤
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening	①	②	③	④	⑤

SECTION B: Your Supervisor/Manager

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report. Mark your answer by filling in the circle.

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures	①	②	③	④	⑤
2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety	①	②	③	④	⑤
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts	①	②	③	④	⑤
4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over	①	②	③	④	⑤

SECTION C: Communications

How often do the following things happen in your work area/unit? Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital work area/unit…	Never ▼	Rarely ▼	Some-times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. We are given feedback about changes put into place based on event reports	①	②	③	④	⑤
2. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care	①	②	③	④	⑤
3. We are informed about errors that happen in this unit	①	②	③	④	⑤
4. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority	①	②	③	④	⑤
5. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again	①	②	③	④	⑤
6. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right	①	②	③	④	⑤

SECTION D: Frequency of Events Reported

In your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, *how often are they reported?*
Mark your answer by filling in the circle.

	Never ▼	Rarely ▼	Some-times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. When a mistake is made, but is *caught and corrected before affecting the patient*, how often is this reported?	①	②	③	④	⑤
2. When a mistake is made, but has *no potential to harm the patient*, how often is this reported?	①	②	③	④	⑤
3. When a mistake is made that *could harm the patient*, but does not, how often is this reported?	①	②	③	④	⑤

SECTION E: Patient Safety Grade

Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety. Mark ONE answer.

○	○	○	○	○
A	**B**	**C**	**D**	**E**
Excellent	Very Good	Acceptable	Poor	Failing

SECTION F: Your Hospital

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital.
Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital…	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety	①	②	③	④	⑤
2. Hospital units do not coordinate well with each other	①	②	③	④	⑤
3. Things "fall between the cracks" when transferring patients from one unit to another	①	②	③	④	⑤
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together	①	②	③	④	⑤
5. Important patient care information is often lost during shift changes	①	②	③	④	⑤
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units	①	②	③	④	⑤
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units	①	②	③	④	⑤
8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority	①	②	③	④	⑤
9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens	①	②	③	④	⑤
10. Hospital units work well together to provide the best care for patients	①	②	③	④	⑤
11. Shift changes are problematic for patients in this hospital	①	②	③	④	⑤

SECTION G: Number of Events Reported

In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted? Mark ONE answer.

- ○ a. No event reports
- ○ b. 1 to 2 event reports
- ○ c. 3 to 5 event reports
- ○ d. 6 to 10 event reports
- ○ e. 11 to 20 event reports
- ○ f. 21 event reports or more

SECTION H: Background Information

This information will help in the analysis of the survey results. Mark ONE answer by filling in the circle.

1. How long have you worked in this hospital?
   - ○ a. Less than 1 year
   - ○ b. 1 to 5 years
   - ○ c. 6 to 10 years
   - ○ d. 11 to 15 years
   - ○ e. 16 to 20 years
   - ○ f. 21 years or more
2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?
   - ○ a. Less than 1 year
   - ○ b. 1 to 5 years
   - ○ c. 6 to 10 years
   - ○ d. 11 to 15 years
   - ○ e. 16 to 20 years
   - ○ f. 21 years or more
3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?
   - ○ a. Less than 20 hours per week
   - ○ b. 20 to 39 hours per week
   - ○ c. 40 to 59 hours per week
   - ○ d. 60 to 79 hours per week
   - ○ e. 80 to 99 hours per week
   - ○ f. 100 hours per week or more
4. What is your staff position in this hospital? Mark ONE answer that best describes your staff position.
   - ○ a. Registered Nurse
   - ○ b. Physician Assistant/Nurse Practitioner
   - ○ c. LVN/LPN
   - ○ d. Patient Care Assistant/Hospital Aide/Care Partner
   - ○ e. Attending/Staff Physician
   - ○ f. Resident Physician/Physician in Training
   - ○ g. Pharmacist
   - ○ h. Dietician
   - ○ i. Unit Assistant/Clerk/Secretary
   - ○ j. Respiratory Therapist
   - ○ k. Physical, Occupational, or Speech Therapist
   - ○ l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)
   - ○ m. Administration/Management
   - ○ n. Other, please specify:
5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?
   - ○ a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.
   - ○ b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.
6. How long have you worked in your current specialty or profession?
   - ○ a. Less than 1 year
   - ○ b. 1 to 5 years
   - ○ c. 6 to 10 years
   - ○ d. 11 to 15 years
   - ○ e. 16 to 20 years
   - ○ f. 21 years or more

SECTION I: Your Comments

Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.

ANEXO 2 - Instrumento de coleta de dados adaptado pela autora no *Google docs* – traduzido e adaptado por Reis (2013).

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais

Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros do cuidado de saúde e relato 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, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.

"Segurança do paciente" é definida como a evitar e prevenir danos no paciente ou eventos adversos aos pacientes, resultantes do processo de cuidados de saúde prestado.

*Obrigatório

Identidicação *

Digite a letra e número que foi fornecido pela pesquisadora.

A1. Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

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.

- a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica
- b. Clínica (não cirúrgica)
- c. Cirurgica
- d. Obstetrícia
- e. Pediatria
- f. Setor de Emergência
- g. Unidade de Terapia Intensiva
- h. Psiquiatria/saúde mental
- i. Reabilitação
- j. Farmácia
- k. Laboratório
- l. Radiologia
- m. Anestesiologia
- Outro:

A2. Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

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.

	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
A2.1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras.	○	○	○	○	○
A2.2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho.	○	○	○	○	○
A2.3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	○	○	○	○	○
A2.4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	○	○	○	○	○
A2.5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	○	○	○	○	○
A2.6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	○	○	○	○	○
A2.7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	○	○	○	○	○
A2.8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	○	○	○	○	○
A2.9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.	○	○	○	○	○
A2.10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	○	○	○	○	○
A2.11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	○	○	○	○	○

A2.12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	○	○	○	○	○
A2.13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	○	○	○	○	○
A2.14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido.	○	○	○	○	○
A2.15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	○	○	○	○	○
A2.16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	○	○	○	○	○
A2.17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	○	○	○	○	○
A2.18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	○	○	○	○	○

Seção B: O seu supervisor/chefe. Nesta pesquisa, pense em seu supervisor/chefe. B1. 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.

	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
B1.1 O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	○	○	○	○	○
B1.2 O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	○	○	○	○	○

B1.3 Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas".	○	○	○	○	○
B1.4 O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	○	○	○	○	○

SEÇÃO C: Comunicação. 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. C1. 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
C1.1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	○	○	○	○	○
C1.2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	○	○	○	○	○
C1.3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	○	○	○	○	○
C1.4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	○	○	○	○	○
C1.5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	○	○	○	○	○
C1.6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	○	○	○	○	○

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados D1. 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
D1.1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	○	○	○	○	○
D1.2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	○	○	○	○	○
D1.3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	○	○	○	○	○

E1. Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

- ○ A. Excelente
- ○ B. Muito Bom
- ○ C. Regular
- ○ D. Ruim
- ○ E. Muito Ruim

SEÇÃO F: No seu hospital F1. Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
F1,1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	○	○	○	○	○
F1,2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	○	○	○	○	○

F1,3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	○	○	○	○	○
F1,4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	○	○	○	○	○
F1,5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	○	○	○	○	○
F1,6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.	○	○	○	○	○
F1,7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	○	○	○	○	○
F1,8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal.	○	○	○	○	○
F1,9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	○	○	○	○	○
F1,10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	○	○	○	○	○

F1,11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	○	○	○	○	○

G1. Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

- ○ a. Nenhuma notificação
- ○ b.1 a 2 notificações
- ○ c. 3 a 5 notificações
- ○ d. 6 a 10 notificações
- ○ e. 11 a 20 notificações
- ○ f. 21 notificações ou mais

H1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

SEÇÃO H: Informações gerais. As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

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

H2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

SEÇÃO H: Informações gerais. As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

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

H3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?
SEÇÃO H: Informações gerais. As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

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

H4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.
SEÇÃO H: Informações gerais. As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

- 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
- Outro: [ ]

H5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?
SEÇÃO H: Informações gerais. As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

- 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.

H6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual?
SEÇÃO H: Informações gerais. As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

[ ]

H7. Qual o seu grau de instrução:
SEÇÃO H: Informações gerais. As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

- a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto
- b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo
- c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto
- d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo
- e. Ensino Superior Incompleto
- f. Ensino Superior Completo
- g. Pós-graduação (Nível Especialização)
- h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)

H8. Qual a sua idade? (anos)
SEÇÃO H: Informações gerais. As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

H9. Indique o seu sexo:
SEÇÃO H: Informações gerais. As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

- a. Feminino
- b. Masculino

I1. Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. SEÇÃO I: Seus comentários
SEÇÃO I: Seus comentários

Enviar

100% concluído.

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Powered by Google Forms

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

ANEXO 3 – Parecer consubstanciado CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNA / MG

PlataForma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento da Equipe Multiprofissional sobre Segurança do Paciente: Análise Sistêmica dos Riscos na Assistência Advindos dos Eventos Adversos não Infecciosos.

Pesquisador: Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 36510114.3.0000.5096
Instituição Proponente:
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 813.246
Data da Relatoria: 30/09/2014

Apresentação do Projeto:
Considerando que a segurança do paciente, importante tema que tornou-se mais evidente desde a década de 90, constitui atualmente tema de relevância crescente
entre pesquisadores do todo o mundo e que os eventos adversos ocorrem em qualquer local onde se prestam cuidados de saúde e na maioria das
situações são passíveis de medidas preventivas. O presente estudo tem por objetivo verificar o conhecimento dos multiprofissionais que atuam em um Hospital do
Vale do Jequitinhonha acerca das ocorrências de eventos adversos não infecciosos e identificar as atitudes, em relação à segurança do paciente, de
forma a caracterizar a cultura de segurança, na percepção de uma equipe multiprofissional. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo-exploratório. A pesquisa será desenvolvida em uma instituição hospitalar de médio porte, natureza
filantrópica e privada do tipo geral localizada no município de Diamantina e a população será constituída por 222 multiprofissionais assistenciais, que
tem contato direto ou indireto com os pacientes internados. Os dados serão coletados por meio do
questionário da Agency for Health Research and Quality, intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture. A análise dos dados ocorrerá por meio

Endereço: Rua dos Guajajaras, 175
Bairro: Centro **CEP:** 30.180-100
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3508-9110 **E-mail:** cephumanos@una.br

de estatísticas descritivas. Espera-se com este estudo
conhecer a percepção dos multiprofissionais assistenciais sobre o clima de segurança e contribuir para a melhoria do cuidado em saúde para a
redução dos riscos ao paciente.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Verificar o conhecimento dos multiprofissionais que atuam em um Hospital do Vale do Jequitinhonha acerca das ocorrências de eventos adversos
não infecciosos e identificar as atitudes, em relação à segurança do paciente, de forma a caracterizar a cultura de segurança, na percepção de uma
equipe multiprofissional
Objetivo Secundário:
• Identificar e analisar os fatores que influenciam na segurança do paciente na instituição pesquisada.• Identificar as estratégias para o
desenvolvimento de indicadores de segurança do paciente, a fim de contribuir para o desenvolvimento de um conjunto de medidas de segurança.•
Propor capacitação sobre segurança do paciente na admissão dos colaboradores da instituição.• Propor recomendações para a estruturação do
Núcleo de Segurança do Paciente utilizando conhecimento adquirido.• Realizar uma comparação da cultura de segurança dos pacientes nos
profissionais antes e depois da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
Os riscos são mínimos e estão relacionados ao constrangimento dos sujeitos ao responderem às perguntas contidas no questionário e serão minimizados pelos seguintes procedimentos: serão garantidos aos mesmos o direito de recusarem a responder qualquer pergunta do referido instrumento e local privado para responder ao questionário.
Benefícios:
Quanto aos benefícios relacionados com a sua participação os sujeitos serão esclarecidos que as informações obtidas com este estudo contribuirão
para conhecer a cultura da segurança do paciente na instituição e possibilitar o planejamento de

estratégias de melhoria da qualidade na assistência
do paciente. O participante da pesquisa ainda será informado que não obterá nenhum benefício econômico na participação do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto possui justificativa e relevância. O referencial teórico foi apresentado. Não há dúvidas quanto a pertinência e valor científico do estudo proposto. A metodologia parece ser adequada aos objetivos perseguidos.

Observa-se ainda que o projeto apresenta orçamento viável.

Registra-se a presença do termo de compromisso do pesquisador de cumprimento da resolução 466/2012, folha rosto assinada pela instituição proponente e termo de autorização da instituição participante para coleta de dados. O TCLE tem caráter convidativo e está de abrange os itens de confidencialidade, riscos, benefícios e garante aos sujeitos de pesquisa o direito de se recusarem a participar.

O cronograma da pesquisa prevê início das atividades após aprovação do projeto pelo CEP. Entretanto, nas informações básicas do projeto de pesquisa disponível na plataforma informa que os dados serão coletados no período de Julho a Agosto de 2014.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Registra-se a presença de todos os termos de apresentação obrigatória, incluindo o TCLE.

Há folha de rostro assinada pela instituição de origem, termo para autorização de uso das imagens, entrevistas e depoimentos.

Observa-se ainda que o projeto apresenta orçamento viável, termo de compromisso do pesquisador e termo de autorização da instituição participante para coleta de dados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O colegiado vota pela aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNA / MG

Continuação do Parecer: 813.246

Considerações Finais a critério do CEP:

BELO HORIZONTE, 30 de Setembro de 2014

Assinado por:
Helen Lima Del Puerto
(Coordenador)

Endereço: Rua dos Guajajaras, 175
Bairro: Centro **CEP:** 30.180-100
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3508-9110 **E-mail:** cephumanos@una.br