



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Universidade do Porto

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Programa Doutoral em Ciências de Enfermagem

Cintia Silva Fassarella

**Avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente
hospitalar: estudo comparativo em hospital universitário e público
do Rio de Janeiro e do Porto**

Porto

2016



U. PORTO

Cintia Silva Fassarella

**Avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar:
estudo comparativo em hospital universitário e público do Rio de Janeiro e
do Porto**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e do grau de Doutor ao Programa Doutoral em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, em regime acordado de cotutela entre as duas universidades. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadoras: Prof.^a Dra. Lolita Dopico da Silva

Prof.^a Dra. Maria do Céu Barbieri de Figueiredo

Porto

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

F249 Fassarella, Cintia Silva.
Avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar : estudo comparativo em hospital universitário e público do Rio de Janeiro e do Porto / Cintia Silva Fassarella. - 2016.
236 f.

Orientadoras: Lolita Dopico da Silva, Maria do Céu Barbieri de Figueiredo.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

Convênio realizado em regime de cotutela entre a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade do Porto

1. Segurança do paciente. 2. Cultura organizacional. 3. Qualidade da assistência à saúde. 4. Enfermeiros. 5. Hospitais universitários. I. Silva, Lolita Dopico da. II. Figueiredo, Maria do Céu Barbieri de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. V. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Cintia Silva Fassarella

Avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar: estudo comparativo em hospital universitário e público do Rio de Janeiro e do Porto

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e do grau de Doutor ao Programa Doutoral em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, em regime acordado de cotutela entre as duas universidades. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 16 de setembro de 2016.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Corália Maria Fortuna de Brito Vicente (Presidente)
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - U. Porto

Prof.^a Dra. Lolita Dopico da Silva (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Maria do Céu Barbieri de Figueiredo (Orientadora)
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Prof.^a Dra. Margarida Maria de Matos Rodrigues e Silva Eiras
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

Prof.^a Dra. Lúcia Helena Garcia Penna
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Idalina Maria Almeida Brandão Melo Beirão
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - U. Porto

Prof.^a Dra. Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Porto

2016

DEDICATÓRIA

Dedico esta investigação aos meus pais, a todos os enfermeiros e aos hospitais que participaram do estudo.

AGRADECIMENTOS

A vida não pausa para se cursar um doutorado, particularmente quando se cursa em duas instituições simultaneamente. As atividades laborais e cotidianas seguem seu fluxo, independente dos altos e baixos, mas segue. Ao longo desse processo, vem o aprendizado, o amadurecimento e o crescimento, decorrentes dos momentos de acertos e erros, alegres e tristes, desafiantes e estimulantes, sobretudo, também, daqueles resultantes do fracasso, da fragilidade, da tristeza e do cansaço do dia a dia pelos quais somos frequentemente surpreendidos em nosso cotidiano. Por isso, agradeço a cada um que, de maneira direta ou indireta, contribuiu para realização desta investigação:

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Lolita Dopico da Silva (UERJ) e Professora Doutora Maria do Céu Aguiar Barbieri-Figueiredo (ICBAS-UP), pelas orientações, aprendizados, dedicações, estímulos a prosseguir, disponibilidades, incentivos e confiança durante esses anos de convivência. Certamente exemplos de profissionais. A vocês, toda a minha admiração.

Aos dois hospitais onde ocorreu essa investigação, por terem aceitado o desafio, o meu muito obrigada.

A todos os enfermeiros dos hospitais pela disponibilidade em partilhar as suas experiências.

Aos meus tutores que foram fundamentais no processo de coleta de dados, no Porto, o Enfermeiro Mestre Manuel Valente e o Enfermeiro Mestre Antônio Santos; no Rio de Janeiro, à Professora Doutora Luciana Assad.

À Professora Doutora Corália Vicente pelo apoio, confiança e meu porto seguro durante minha estada no ICBAS e no Porto. O meu muito obrigada.

Às Professora Doutora Margarida Eiras e Enfermeira Doutora Cláudia Tartaglia pelos materiais cedidos e confiança.

À UNIGRANRIO, em nome da Professora Mestre Hulda Herdy, por me permitir cursar esse doutorado em cotutela, minha eterna gratidão. À Professora Mestre Maria de Fátima carinho e apoio nesses anos.

Aos meus companheiros de trabalho na Faculdade de Enfermagem da UERJ, Professora Doutora Vírgina Godoy e Professor Mestre Ricardo Meneses. Muito obrigada pelo convívio no dia a dia e companheirismo.

A todos os professores dos programas de doutorado da UERJ e ICBAS-UP, agradeço os ensinamentos para esta construção que nos transforma e nos qualifica. Em especial, ao Professor Doutor Octávio Vargens, por ter acreditado na efetivação do convênio de cotutela entre as instituições. A minha gratidão.

A todos da secretaria e da coordenação da PPGENF, em especial à Fabíola, Gláucia, Professora Doutora Lúcia Penna e Professor Doutor Marco Tosoli, pela paciência, pelo apoio e pela orientação no cumprimento do acordo de cotutela.

A todos da secretaria, da coordenação do Programa de Doutorado em Ciências de Enfermagem, em especial à Ana Paula Pereira; do serviço de informática, ao Nuno Santos; da reprografia, à Madalena. A todos vocês obrigada pela paciência e orientação ao longo dessa trajetória e convívio.

Aos professores componentes do júri agradeço pelas contribuições, leituras e disponibilidades.

As amigas do grupo de pesquisa do PPGENF, Raquel, Daniele, Carina, Caroline e Flávia pela luta, palavra amiga e desabafo.

Aos amigos do programa de doutorado do ICBAS-UP, Joyce, Maria João, Fernanda, Rafael e Sandrina, pelas dicas e por toda ajuda durante essa árdua etapa.

A minha amiga Andressa Bueno pela ajuda nesses anos de caminhada e pelas palavras encorajadoras.

Aos meus pais, pelo exemplo de vida, incentivo sempre, por tudo que me ensinaram e continuam me ensinando. Tenho orgulho de vocês.

À minha querida Fátima Lima pela companhia, cumplicidade, apoio, entendimento nas ausências e palavras encorajadoras. Você foi algo indescritível nessa trajetória.

Ao minha irmã Ana Keli e ao meu irmão Nino, cunhados, sobrinhos e a minha pequena Anna Laura por fazerem parte de minha vida e auxiliarem na base familiar.

Às famílias Dutra e Lima Serrano, Norberto, Avelina, Vera, Agostinho, Fátima e Andréia, pelo acolhimento enquanto morei em Portugal, vocês foram fundamentais e essenciais nesse percurso e inesquecível experiência de vida.

À Deus, pelo dom da vida e pelas bênçãos. Por me permitir caminhar com força, foco e fé.

RESUMO

FASSARELLA, Cintia Silva. **Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Ambiente Hospitalar**: estudo comparativo em hospital universitário e público do Rio de Janeiro e do Porto. 2016. 236f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2016.

O objeto deste estudo é a percepção de enfermeiros acerca da cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar, em dois hospitais públicos e universitários, um no Brasil e outro em Portugal. Tem como objetivos analisar as características dos enfermeiros que descreveram a cultura de segurança do paciente nas instituições; comparar as dimensões fortes e frágeis da cultura de segurança do paciente a partir da percepção dos enfermeiros nos hospitais investigados. Essa investigação procura perceber se a cultura de segurança do paciente é menos frágil em enfermeiros que atuam em hospital acreditado comparado aos que atuam em hospital não acreditado. Trata-se de um estudo *survey*, transversal e comparativo com abordagem quantitativa, em duas instituições hospitalares de dois países, possibilitando o *benchmarking* de resultados. Participaram do estudo 195 enfermeiros brasileiros e 567 portugueses. A coleta de dados ocorreu em 2014, utilizando o questionário do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Os resultados apontam semelhanças e diferenças na caracterização dos enfermeiros. Destacam-se as semelhanças mulheres jovens, média de idade de 36 anos, atuam nas clínicas médicas e cirúrgicas, possuem contato direto com paciente, não participam do núcleo de qualidade e segurança do paciente; as diferenças carga horária, ter pós-graduação e experiência profissional, na instituição e na unidade. Evidencia-se quatro dimensões comuns frágeis nos dois hospitais “Resposta não punitiva ao erro”, “Frequência de eventos notificados”, “Profissionais” e “Suporte da gestão para a segurança”. Estatisticamente ao se comparar os dados dos dois hospitais houve diferenças significativas em sete dimensões, respectivamente, no hospital brasileiro e hospital português, Trabalho em equipe dentro das unidades; Retorno da informação e comunicação acerca do erro; Trabalho em equipe entre as unidades; Passagem de plantão ou transferências internas; Percepção geral sobre segurança do paciente; Profissionais; Suporte da gestão para a segurança. Os enfermeiros do hospital português enunciaram uma única dimensão forte “Trabalho em equipe dentro das unidades”, enquanto que no hospital brasileiro nenhum. Este último apresentou percentuais positivos mais baixos, apontando pontos mais frágeis de cultura de segurança. Inclusive os indicadores de resultados nota de segurança e frequência de notificação. As dimensões de fragilidades podem nortear os gestores de risco das instituições e permitir implementação de melhorias contínuas da cultura de segurança do paciente. Torna-se necessário transformar a segurança do paciente em prioridade estratégica nas instituições hospitalares, por entender que segurança é investimento, focando em medidas de prevenção de resposta não punitiva ao erro, notificação direcionado para o aprendizado organizacional, dimensionamento de pessoal adequado e participação ativa dos gestores. Para isso, é necessário investir em mudanças, começando pela cultura, que deve atingir a todos os envolvidos, de maneira a oferecer cuidado de saúde mais seguro e efetivo.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura organizacional. Qualidade da assistência à saúde. Hospitais. Enfermeiros.

ABSTRACT

FASSARELLA, Cintia Silva. **Patient Safety Culture Assessment in Hospital**

Environment: a comparative study in university and public hospital of Rio de Janeiro and Porto. 2016. 236f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2016.

The object of this study is the perception nursing professionals have about patient safety culture in the hospital environment in two public, university hospitals, one in Brazil and one in Portugal. The aims are to analyze different characteristics of nursing professionals who described patient safety culture in the two institutions, to compare strengths and weaknesses of patient safety culture based on the perception of nursing professionals of the investigated hospitals. This investigation attempts at understanding whether patient safety culture is different for nursing professionals working in accredited hospitals compared to those working in non-accredited hospitals. It is a transversal, quantitative survey comparing two institutions in two different countries which enables benchmarking of results. The study included 195 Brazilian nurses and 567 Portuguese nurses. Data was collected in 2014 by means of *Hospital Survey on Patient Safety Culture* questionnaire. Results indicate similarities and differences in nurses profile. Main similarities are young women with average age of 36 years, working in clinical practice and surgery, having direct contact with patients and not participating in the patients' quality and safety nucleus; and main differences are number of working hours, whether having or not a graduate degree and professional experience in the institution and in their respective units. Four common weaknesses were identified in the two hospitals: "Non-punitive reaction to errors", "Frequency of notified events", "Professionals", and "Management support for safety". Statistically, when we compare data from the two institutions, there were relevant differences in seven dimensions, between the Brazilian and the Portuguese hospital, respectively: Team work inside the units, Information feedback and communication about specific errors, Team work between different units, Information feedback and communication about specific errors, Team work between units, Conveying information between shifts or internal transfers, General perception on patient safety, Professionals, Managers support to safety. Nurses of the Portuguese hospital identified only one strong dimension: "Team work inside the units", whereas none were identified in the Brazilian hospital. The Brazilian institution displayed lower positive percentages, indicating weaker aspects regarding a safety culture, including results for safety grade and frequency of notification. The weak points may guide risk managers of both institutions and allow for the implementation of continued improvement in the institutions' patient safety culture. Making patient safety needs to become a strategic priority in both hospitals, with the realization that safety is an investment, focusing most importantly on measures to prevent non-punitive response to errors, to gear notifications toward organizational learning, proper sizing and adequacy of personnel, and active participation of management. For that to happen, it is necessary to invest in change, beginning with the culture which must encompass all those involved so as to provide safer and more effective health care.

Keywords: Patient Safety. Organizational Culture. Quality of Health Care. Hospitals. Nurses.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Três níveis do conceito de qualidade.....	39
Figura 2 –	Modelo de evolução de maturidade da cultura de segurança.....	56
Figura 3 –	Melhorando a Qualidade – Modelo de Donabedian.....	57
Figura 4 –	Modelo Recíproco da Cultura de Segurança.....	58
Figura 5 –	Modelo do queijo suíço de James Reason.....	58
Figura 6 –	Modelo de Glennon de funcionamento da cultura organizacional.	59
Figura 7 –	Modelo de Causa de Acidentes Organizacionais de Reason.....	61
Figura 8 –	Modelo de Gestão dos Riscos de Acidentes Organizacionais...	61
Figura 9 –	Pirâmide de Heirinc.....	62
Figura 10 –	Componentes da cultura de segurança.....	64
Figura 11 –	Características de uma Cultura de Segurança do Paciente.....	67
Figura 12 –	Modelo de melhoria da cultura de segurança em cuidados de saúde.....	67
Figura 13 –	Dimensões da Cultura de Segurança, do <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>	75
Figura 14 –	Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente.....	94

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – O serviço/unidade é acreditado ou certificado? – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	109
Gráfico 2 – Diferenças nas características dos Enfermeiros no HB e no HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	110
Gráfico 3 – Distribuição das médias positivas ao nível das unidades/serviços no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	113
Gráfico 4 – Distribuição das médias positivas ao nível do hospital no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	117
Gráfico 5 – Distribuição das médias positivas dos resultados gerais de segurança do paciente no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	120
Gráfico 6 – Distribuição das 12 dimensões da cultura de segurança nos hospitais – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	122
Gráfico 7 – Distribuição da avaliação geral da segurança do paciente no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	125
Gráfico 8 – Distribuição da frequência de notificação no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	127

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Publicações sobre avaliação da cultura de segurança no recorte temporal de 2010-2013.....	36
Quadro 2 –	Conceitos de qualidade.....	39
Quadro 3 –	Dimensões da qualidade em saúde.....	40
Quadro 4 –	Distinguindo as características dos acidentes individuais e organizacionais.....	68
Quadro 5 –	Cinco teorias ou modelos mais citados em estudo da cultura de segurança.....	70
Quadro 6 –	Instrumentos para avaliação da cultura de segurança do paciente.....	72
Quadro 7 –	Nível, Dimensões e Itens da Cultura de Segurança do Paciente..	78
Quadro 8 –	Distribuição das dimensões, itens, resultados e indicadores do HSOPSC.....	96
Quadro 9 –	Recodificação da escala em três categorias e interpretação dos resultados.....	101
Quadro 10	Comparação dos itens frágeis das dimensões ao nível das unidades no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	115
Quadro 11 –	Comparação dos itens frágeis no HB e HP ao nível do hospital – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	118
Quadro 12 –	Comparação dos itens frágeis no HB e HP quanto aos aspectos gerais de segurança do paciente – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	121
Quadro 13 –	Classificação das 12 dimensões da cultura de segurança nos hospitais – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos enfermeiros envolvidos no estudo por serviço nos hospitais – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	107
Tabela 2 –	Características dos Enfermeiros nos hospitais – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	108
Tabela 3 –	Resultados das dimensões ao nível das unidades/serviços no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	112
Tabela 4 –	Distribuição das médias nas 7 dimensões ao nível das unidades – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	114
Tabela 5 –	Resultados das dimensões ao nível do hospital no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	116
Tabela 6 –	Distribuição de valores nas 3 dimensões ao nível do hospital – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	118
Tabela 7 –	Resultados das dimensões dos aspectos gerais de segurança do paciente no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	119
Tabela 8 –	Distribuição de valores nas 2 dimensões dos aspectos gerais de segurança do paciente – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	120
Tabela 9 –	Distribuição da nota de segurança do paciente nos hospitais – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	125
Tabela 10 –	Distribuição do indicador, segundo o "Número de eventos notificados", de acordo com o HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	126
Tabela 11 –	Distribuição da dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	215
Tabela 12 –	Distribuição da dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefes” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	215
Tabela 13 –	Distribuição da dimensão “Aprendizado organizacional” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	216

Tabela 14 – Distribuição da dimensão “Retorno da informação e comunicação sobre erro” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	216
Tabela 15 – Distribuição da dimensão “Abertura da comunicação” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	216
Tabela 16 – Distribuição da dimensão “Profissional” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	217
Tabela 17 – Distribuição da dimensão “Respostas não punitivas aos erros” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	217
Tabela 18 – Distribuição da dimensão “Suporte da gestão para a segurança do paciente” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	217
Tabela 19 – Distribuição da dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	218
Tabela 20 – Distribuição da dimensão “Passagem de plantão/turno e transferências internas” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	218
Tabela 21 – Distribuição da dimensão “Frequência eventos notificados” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	218
Tabela 22 – Distribuição da dimensão “Percepção geral da Segurança do Paciente” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.....	219

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACSNI	<i>Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBI	Confederation of British Industry
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CEPS	Comitê de Ética em Pesquisa para a Saúde
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CUS	<i>Concerned - Uncomfortable - Safety</i>
DGQRHSS	Departamento de Gestão da Qualidade, Risco, Higiene, Saúde e Segurança
DGS	Direção Geral da Saúde
DQS	Departamento da Qualidade na Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FMEA	<i>Failure Mode and Effects Analysis</i>
HB	Hospital Brasileiro
HP	Hospital Português
HRO	<i>High reliability organizations</i>
HSC	<i>Health and Safety Commission</i>
HSE	<i>Health And Safety Executive</i>
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IAEA	<i>International Atomic Energy Agency</i>
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
INSAG	<i>International Nuclear Safety Advisory Group</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecção Relacionado à Assistência à Saúde
JCAHO	<i>The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>

JCI	<i>The Joint Commission International</i>
MST	Modelo de Segurança Total
NOTIVISA	Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
NPSF	<i>National Patient Safety Foundation</i>
NQSP	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSCHO	<i>Patient Safety Climate in Healthcare Organizations</i>
PubMed	<i>National Library of Medicine</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SBAR	Situation – Background – Assessment – Recommendation
SCS	<i>Safety Climate Survey</i>
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
STAVE	Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSC	<i>Total Safety Culture</i>
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGIPOS	Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	19
1	ESTUDOS CORRELATOS	28
1.1	Avaliação da cultura de segurança entre profissionais (n=19)	28
1.2	Associação da cultura de segurança com resultados (n=8)	32
2	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	38
2.1	A Qualidade e Segurança	38
2.2	Compreendendo a Cultura Organizacional	41
2.3	Evolução do Termo Cultura e Clima de Segurança	49
2.4	Modelos Explicativos da Cultura de Segurança	54
2.5	Instrumentos para Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente	70
2.5.1	<u>O Instrumento do <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)</i></u>	73
2.6	Gestão de Risco Hospitalar a Caminho da Segurança do Paciente	81
3	MATERIAL E MÉTODO	87
3.1	Tipo de Estudo e Variáveis	87
3.2	Local do Estudo	88
3.3	População	89
3.4	Coleta de Dados	90
3.5	Instrumentos para Coleta de Dados	93
3.6	Organização e Análise dos Dados	99
3.7	Aspectos Éticos	103
3.8	Conceitos adotados no estudo	104
4	RESULTADOS	107
4.1	Características dos Enfermeiros que Avaliaram a Cultura de Segurança	107
4.2	Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente nos dois Hospitais	111
4.2.1	<u>Avaliação da cultura de segurança ao nível das unidades/serviços</u>	

	<u>(n=7 dimensões)</u>	111
4.2.2	<u>Avaliação da cultura de segurança ao nível do hospital (n=3 dimensões)</u>	116
4.2.3	<u>Avaliação da cultura de segurança dos resultados gerais (n=2 dimensões)</u>	119
4.2.4	<u>Avaliação de indicadores de resultados</u>	124
5	DISCUSSÃO	129
5.1	Caracterizando os Enfermeiros que Avaliaram a Cultura de Segurança	129
5.1.1	<u>Características semelhantes</u>	130
5.1.1.1	Sexo.....	130
5.1.1.2	Idade.....	131
5.1.1.3	Alocação.....	132
5.1.1.4	Atuação em núcleo de qualidade e segurança do paciente.....	133
5.1.1.5	Contato direto com paciente.....	134
5.1.2	<u>Características diferentes</u>	135
5.1.2.1	Tempo de experiência.....	135
5.1.2.2	Horas trabalhadas.....	136
5.1.2.3	Pós-Graduação.....	137
5.1.2.4	Acreditação/certificação.....	139
5.2	Fragilidades da Cultura de Segurança do Paciente nos Hospitais	141
5.2.1	<u>Fragilidades comuns nos Hospitais</u>	143
5.2.1.1	Resposta não punitiva ao erro (23% HB e 28% HP).....	143
5.2.1.2	Frequência de eventos notificados (29% HB e 30% HP).....	148
5.2.1.3	Suporte da gestão para a segurança (15% HB e 48% HP).....	151
5.2.1.4	Profissionais (quadro pessoal) (34% HB e 43% HP).....	154
5.2.2	<u>Fragilidades no Hospital Brasileiro</u>	158
5.2.2.1	Trabalho em equipe entre as unidades (23%).....	158
5.2.2.2	Passagem de plantão ou transferências internas (36%).....	162
5.2.2.3	Percepções gerais sobre segurança do paciente (36%).....	167
5.2.2.4	Retorno informação e comunicação a respeito de erro (39%).....	169
5.2.3	<u>Indicadores de resultados</u>	171
6	PROPOSTA DE ESTRATÉGIAS DE MELHORIAS NAS	

	DIMENSÕES FRÁGEIS COMUNS AOS HOSPITAIS.....	174
6.1	Resposta não punitiva ao erro.....	174
6.2	Frequência de eventos notificados.....	179
6.3	Profissionais (quadro pessoal).....	182
6.4	Suporte da gestão para a segurança.....	185
	CONCLUSÃO.....	189
	REFERÊNCIAS.....	193
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).	214
	APÊNDICE B - Distribuição das dimensões da cultura de segurança do paciente nos hospitais brasileiro e português.....	215
	ANEXO A - Autorização para uso do questionário do HSOPSC, versão portuguesa.....	220
	ANEXO B - Autorização para uso do questionário do HSOPSC, versão brasileira.....	221
	ANEXO C – Versão original do HSOPSC.....	222
	ANEXO D – Versão portuguesa do HSOPSC.....	227
	ANEXO E – Versão brasileira do HSOPSC.....	231
	ANEXO F – Aprovação da Comissão de Ética para a Saúde – Portugal.....	235
	ANEXO G – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - Brasil.....	236

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objeto de estudo a percepção de enfermeiros acerca da cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar, em dois hospitais públicos e universitários, um no Brasil e outro em Portugal.

A segurança do paciente constitui atualmente uma preocupação mundial em virtude do elevado índice de incidentes oriundos dos cuidados de saúde, tornando-se um problema de saúde pública (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Tal preocupação tem motivado o crescimento do número de investigações relacionadas com as questões de segurança do paciente (VINCENT, 2009; REIS, 2013). Percebe-se que a temática tem sido investigada em diversos países, como nos Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Reino Unido, Suíça, Áustria, Espanha, Nova Zelândia, Dinamarca entre outros (EIRAS et al., 2011).

Uma das causas do número crescente de incidentes tem sido a complexidade dos sistemas de saúde, além dos fatores individuais, profissionais, tecnológicos, terapêuticos e organizacionais de elevado risco e potencialmente perigosos (REASON, 2000), ainda que eficazes tornam a segurança do paciente uma questão imprescindível (BATES, 2009).

As primeiras publicações sobre segurança do paciente foram do Estudo da Prática Médica de Harvard (BRENNAN, 1991), e posteriormente, em 1999, a publicação do *Institute of Medicine* (IOM) “*To Err is Human*” (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Ambos os estudos provocaram mobilização dos profissionais da saúde, de gestores e, sobretudo da sociedade em geral, por revelar os riscos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde.

Desde então, órgãos internacionais de saúde começaram a se preocupar com o assunto, procurando implantar medidas de cuidados e processos seguros, baseado em ideologias do campo das indústrias onde há atividades de alto risco, como por exemplo, da aviação, da energia nuclear, da petrolífera e do automobilismo (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011). Os focos dessas indústrias são a análise no sistema e não no indivíduo, e a preocupação em fortalecer uma cultura de segurança em toda organização (SCHEIN, 2009).

A segurança do paciente é uma dimensão da qualidade do cuidado de saúde (DONABEDIAN, 1993), definida pela *World Health Organization* (WHO) como a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde, a um mínimo aceitável, em que minimamente aceitável está relacionado às informações disponíveis atualmente; aos recursos disponíveis e ao contexto em que a assistência é prestada. A qualidade é o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejados (WHO, 2009).

Refletindo que em cada 100 pacientes internados dez são vítimas de um evento adverso, dos quais 45% são classificados como evitáveis. Assumem-se que os incidentes estão presentes nos cuidados de saúde e, isto conduz a elevados custos para as organizações, pacientes e profissionais (EIRAS et al., 2011). O cuidado à saúde, que anteriormente era simples, menos efetivo e relativamente seguro, hoje passou a ser mais complexo e efetivo, porém potencialmente perigoso (ZWART, 2011), com alto custo para o sistema de saúde.

A WHO em 2002 assumiu a liderança da problemática da segurança do paciente, e em 2009 publicou o relatório *Global Priorities for Patient Safety Research*, em que estabelece quais áreas mais deficitárias de investigação, destacando entre várias, a implementação da cultura da segurança do paciente nos serviços de saúde (WHO, 2009).

A cultura de segurança é definida pela *Health and Safety Commission* (HSC) como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e organizacionais, que estabelecem o compromisso, o estilo e a capacidade de gestão da instituição baseados em crenças e valores partilhados de segurança (HSC, 1993). Mais tarde a HSC redefiniu como um *mix* de valores, atitudes e padrões de comportamento que dão à organização o seu caráter particular. Ambas as definições foram baseadas na *The Confederation of British Industry* (CBI), de uma forma variada, em que a cultura de segurança é “*a forma como fazemos as coisas por aqui*” - *The way we do things around here* (CBI, 1990).

As organizações de saúde devem adotar uma cultura em que os profissionais tenham uma percepção ativa da ocorrência dos erros e incidentes no ambiente de saúde, e, sobretudo, uma cultura que os estimulem a falarem abertamente sobre os erros. Um ambiente onde os profissionais colocam a segurança em primeiro plano incentiva a notificação do incidente, dando *feedback* para que o erro possa servir como aprendizado organizacional; e que haja recursos humanos e materiais

adequados, estrutura e prestação de contas para manter os sistemas de segurança efetivos (EIRAS et al., 2011).

A necessidade da construção de uma cultura de segurança positiva vai sendo reforçada e apoiada nos documentos oficiais dos países, com diretrizes e princípios determinados, como é o caso do “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020” em Portugal (PORTUGAL, 2015a), e o “Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)” no Brasil (BRASIL, 2014).

Esses documentos apoiam os gestores na aplicação de métodos e na procura de objetivos que melhorem a gestão dos riscos relacionados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos pacientes é uma responsabilidade de todos na organização.

Por enquanto as organizações de saúde hospitalares têm o foco primário do problema No indivíduo, em vez de direcioná-los para o sistema e o processo de trabalho (WACHTER, 2010). Sabe-se que o erro é uma forma de aprendizado, e, possibilita criar estratégias de prevenção de um novo incidente (REIS, 2014). A abordagem no sistema presume que os erros e acidentes são resultados de uma longa cadeia de causas, uma sequência de falhas latentes e ativas que se alinham, provocando dano aos pacientes. A filosofia subjacente a essa abordagem é a de que se não podemos mudar a condição humana, podemos mudar as condições em que os indivíduos trabalham (REASON, 2000).

Parece que a valorização da punição diante do erro é frequente na profissão de enfermagem, apesar de não ser a melhor maneira de solucionar o problema, pois cria um ambiente organizacional de instabilidade e medo, com consequente omissão no relato de eventos (KAGAN; BARNOY, 2013). Observa-se que quando os erros são cometidos pelos profissionais parece que a culpa, em sua maioria, recai diretamente sobre o indivíduo, visto que o erro pode ser visto de dois modos diferentes, na perspectiva da abordagem individual e do sistema (FRAGATA; MARTINS, 2014)

Atualmente inúmeros órgãos nacionais e internacionais têm se preocupado com a difusão da temática da segurança do paciente, como por exemplo, a WHO, *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), o *Institute of Medicine* (IOM), o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), entre outros.

Todas essas instituições lançaram e lançam campanhas mundiais com ações e iniciativas para instituir medidas que promovam o quesito segurança, fundamental nos cuidados à saúde do paciente.

Da mesma forma, cresce a necessidade de se buscar melhorias na prestação dos cuidados de saúde da população no âmbito hospitalar, e para isso é fundamental o levantamento do diagnóstico situacional das instituições em diversas dimensões por intermédio da realização de pesquisas, com objetivo de alcançar melhorias nos sistemas de prestação de cuidados de saúde voltadas para prevenção de erros; aprendizado a partir dos erros ocorridos; promoção de uma comunicação ativa e uma cultura de segurança que envolva todos os profissionais de saúde da instituição hospitalar (WHO, 2009).

A enfermagem tem claramente se preocupado com a definição e medição da qualidade muito antes da ênfase atual nacional e internacional na melhoria dela e da segurança do paciente. Florence Nightingale analisou dados de mortalidade entre as tropas britânicas em 1855, reduzindo-a significativamente por meio da prática organizacional e higiênica (NIGHTINGALE; GOLDIE, 1987).

O assunto da segurança do paciente é transversal a qualquer disciplina e ao cuidado em enfermagem. A segurança do paciente é um pressuposto e um elemento crítico aos cuidados de enfermagem e implica, entre outros, monitorizar as práticas, A gestão de risco e o ambiente (RADUENZ et al., 2010).

Temos muitas vezes visto responsabilidade e envolvimento da enfermagem em segurança do paciente nos aspectos estreitos da assistência, por exemplo, evitando erros de medicação e prevenindo quedas de pacientes, a partir de elaboração de normas e estratégias. Embora essas dimensões da segurança continuem a ser importantes dentro da competência de enfermagem, a amplitude e a profundidade da segurança do paciente e a melhoria da qualidade são maiores e mais complexas na atualidade, em virtude do avanço tecnológico e científico (COMETTO et al., 2011).

Para a implantação de estratégias que previnam incidentes, recomenda-se a existência do gestor de risco, com objetivo de realizar uma análise sistemática e contínua de monitorização da avaliação da cultura de segurança do paciente, por parte dos profissionais que atuam no cenário hospitalar, traçando assim a cultura organizacional (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

Além disso, o gestor de risco realiza análise de procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2013).

No Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) recomenda que para exercer a função de gestor de risco seja fundamental um profissional de saúde, com competência para desenvolver e implementar processos, identificar e hierarquizar riscos. Além de desenvolver e estimular ações de vigilância sanitária hospitalar; participar da formação, disseminação dos conhecimentos e atualização de recursos humanos em ambiente hospitalar; coordenar a elaboração e implantação de planos de melhoria (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

Recentemente neste mesmo país (BRASIL, 2013) foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013, com atribuições instituídas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013, que exigia a todos os estabelecimentos de saúde do país, a implantação da gestão de risco e de Núcleo de Segurança do Paciente.

A proposta foi constituir um grupo de trabalho nas instituições hospitalares composto por profissionais qualificados, para detectar incidentes, implementar iniciativas e fomentar a criação de uma cultura de segurança (BRASIL, 2013).

Já em Portugal, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020) visa através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos; melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde (PORTUGAL, 2015a).

Ainda nesse caminho, a Direção Geral da Saúde (DGS) emitiu por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) a publicação da Norma nº 25 de 24 de dezembro de 2013, em que destaca a recomendação em todo território nacional da avaliação bianual da cultura de segurança do paciente em hospitais do Sistema Nacional de Saúde Português (SNS), com objetivo de acompanhar mudanças ao longo do tempo e permitir comparações com dados de referência internos e externos à organização (PORTUGAL, 2015b).

Conforme a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), as organizações de saúde podem usar a avaliação da cultura de segurança com o objetivo de identificar a compreensão do profissional acerca da segurança do paciente; diagnosticar e avaliar o estado atual da cultura de segurança do paciente; identificar os pontos fortes e áreas de melhoria da cultura de segurança do paciente; examinar as tendências de mudança da cultura de segurança do paciente ao longo do tempo; avaliar o impacto da cultura de segurança do paciente em iniciativas e intervenções; e realizar comparações internas e externas (NIEVA; SORRA, 2003).

Diante desses avanços e num contexto de preocupação global sobre a segurança do paciente, os avanços nas investigações tanto no Brasil como em Portugal sobre cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar necessitam ser realizadas como condição essencial para se introduzirem mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde e para se alcançar melhores níveis de segurança.

As organizações de saúde estão inseridas dentro de um ambiente e interagem com ele recebendo influências e influenciando-o (EIRAS et al., 2011). A AHRQ destaca que em organizações de saúde, a cultura de segurança desponta como um indicador estrutural e facilitador de estratégias que objetivam a redução dos riscos de incidentes e de eventos adversos, impactando nos ambientes organizacionais de cuidados de saúde.

Diante do parágrafo anterior, esse estudo enquadra-se no âmbito da cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar, por entender que a cultura é transversal a todas as áreas e interfere diretamente, quer no desempenho da organização, quer com a prestação de cuidados à saúde do paciente.

O grande interesse é contribuir para estudos na área da segurança do paciente, e assim, compreender as questões inerentes à área, particularmente com o envolvimento dos enfermeiros das duas instituições de ensino universitário.

As duas instituições universitárias e públicas escolhidas para serem alvo de avaliação da cultura de segurança do paciente estão integradas aos programas de pós-graduação e demonstraram interesse na temática da segurança do paciente.

Ambas as instituições possuem a missão de prestar assistência à saúde integrada, humanizada e de excelência, com valorização do ensino pré e pós-graduado, incentivando a investigação e o desenvolvimento científico na área da saúde. A instituição portuguesa apoiada pelo Plano Nacional está empenhada em

avaliar a cultura de segurança e o desenvolvimento de ações de qualidade robustas e transversais nas áreas estudadas nos hospitais.

No hospital brasileiro há uma grande motivação em investir na área da Segurança do Paciente, fortalecendo a atuação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).

Considerando as características das duas instituições universitárias, essa investigação vai de encontro aos seus objetivos, pretendendo-se trabalhar a informação obtida em parceria com o NQSP, pois parte do princípio de que as instituições poderão beneficiar-se dos resultados gerados a partir dela, obtendo evidências que lhes permitirá avaliar necessidades mais urgentes, identificando oportunidades de melhoria e usufruindo dessas informações para outra questão.

Recentemente o *National Patient Safety Foundation* (NPSF) nos EUA convocou vários peritos na área para avaliar o cenário da segurança do paciente e definir uma agenda para os próximos 15 anos de trabalho, já que se passaram 16 anos após a divulgação do relatório do *Institute of Medicine*. O relatório do NPSF estabelece oito recomendações focadas e direcionadas para melhorias no âmbito da saúde, onde a cultura de segurança é a principal prioridade.

Essa pesquisa guiou-se pelo seguinte problema:

- De que forma os enfermeiros que atuam no contexto de hospitais públicos e universitários do Rio de Janeiro e do Porto avaliam a cultura de segurança do paciente?

Considerando o problema em questão, tem-se como objetivos desta investigação:

- Analisar as características dos enfermeiros que descreveram a cultura de segurança do paciente nas instituições pesquisadas.
- Comparar as dimensões fortes e frágeis da cultura de segurança do paciente a partir da percepção dos enfermeiros nos hospitais investigados universitários e públicos, no Brasil e em Portugal.

Espera-se a partir dos objetivos apresentados defender a seguinte tese:

“A percepção da cultura de segurança do paciente é menos frágil em enfermeiros que atuam em hospital acreditado comparado à percepção de enfermeiros que atuam em hospital não acreditado”.

Este estudo se justifica a partir dos seguintes dados:

- 1) A avaliação da cultura de segurança é uma estratégia valiosa para identificar áreas de fragilidade, e portanto de melhoria da segurança do paciente, pois é considerada como um indicador organizacional.
- 2) A consolidação de uma cultura de segurança positiva na organização é considerada uma medida primordial ao processo de melhoria da segurança do paciente no âmbito hospitalar, sobretudo na redução de incidentes e eventos adversos, no aprendizado centrado numa comunicação mútua e efetiva, e na confiança pelas medidas preventivas (REIS, 2013; WHO, 2009).
- 3) A WHO (2007) recomenda que seja realizada avaliação da cultura de segurança frequentemente, por entender que essa estratégia implica num diagnóstico situacional para os gestores da organização implantarem iniciativas de melhorias nos cuidados de Saúde, além de ser considerado como o primeiro passo numa organização para se efetivar uma cultura de segurança (BLEGEN et al., 2009; SORRA; NIEVA, 2004).
- 4) Avaliar a cultura de segurança do paciente a partir da enfermagem é relevante por considerar que essa população pode auxiliar na identificação de áreas caracterizadas como problemáticas que se demonstrem críticas na organização de saúde hospitalar (BRASIL, 2010; FERNANDES; QUEIRÓS, 2011), principalmente porque a enfermagem possui uma representação significativa no contexto hospitalar.
- 5) O diagnóstico da cultura de segurança é considerado como primeiro passo para a identificação de barreiras à prestação de cuidados seguros (CASTLE, 2011), com posterior associação aos indicadores de cuidados em saúde.
- 6) Com o monitoramento e a realização de uma análise dos itens que classificam a cultura de segurança em forte ou frágil nos hospitais envolvidos nesse estudo, será possível instrumentalizar os gestores de risco das organizações de saúde para a criação de estratégias e possibilitar melhorias na prestação de cuidados em saúde (WHO, 2009).
- 7) As organizações científicas e internacionais, tais como *World Health Organization*, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Direção Geral de Saúde, recomendam às

instituições de saúde à avaliação da percepção da cultura de segurança do paciente pelos profissionais, como condição essencial para se introduzirem mudanças no comportamento deles e de organizações prestadoras de cuidados de saúde (BRASIL, 2013; PORTUGAL, 2015a; WHO, 2009).

8) A WHO aponta que a cultura de segurança envolve questões multifatoriais, pois é marcada pela comunicação aberta, efetiva e eficaz; pelo trabalho em equipe; pelo reconhecimento à dependência mútua e apoio à gestão para promover segurança do paciente. Considerando o aprendizado contínuo a partir das notificações de eventos e a primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização. Por esse motivo, recomenda-se que a avaliação da percepção da cultura de segurança nas organizações de saúde seja uma das prioridades (WHO, 2009).

9) A partir da publicação do relatório do *Institute of Medicine* (IOM) nos EUA, divulgando os dados relevantes sobre segurança do paciente no contexto hospitalar, enfatiza-se a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em termos organizacionais como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente (IOM, 2010).

10) Tem havido um aumento crescente da complexidade e demandas no cuidado em saúde, elevando o potencial para ocorrência de incidentes, erros ou falhas. Diante dos avanços tecnológicos, da diversidade de sistemas e de processos organizacionais que envolvem o contexto da prestação de cuidados de saúde, observa-se, a partir das duas últimas décadas, o interesse crescente de investigações que abordem a segurança do paciente. Nesse contexto, a cultura de segurança recebe destaque, visto que reflete o comportamento, comprometimento e responsabilidade dos profissionais com a promoção de um ambiente hospitalar e cuidado seguro (REIS, 2014).

Por fim, essa tese em cotutela atendeu aos critérios de ambas as universidades, respeitando legislação e regulamento de cada instituição. Por ser um processo pioneiro nos dois Programas de Pós-graduação de Enfermagem a pesquisadora teve que articular e cumprir os regimentos, e, sobretudo, se envolver com a diferenciação do modelo metodológico contemplado por essas universidades (FASSARELLA, SILVA, FIGUEIREDO, 2013). Por esse motivo esta tese adotou a norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e inclui um capítulo de estudos correlatos.

1 ESTUDOS CORRELATOS

Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar envolvendo enfermeiros, nos bancos de dados da *Science Direct*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *National Library of Medicine* (PubMed).

Nas bases de dados pesquisadas foram utilizados os descritores: “*patient safety*”, “*culture*”, “*safety climate*”, “*hospital*” e “*nursing*”, utilizando o booleano “*and*”.

Os critérios de seleção dos artigos foram: a) artigos primários que tratassem da cultura de segurança nas organizações hospitalares; b) publicados em inglês, espanhol e português; c) ter enfermeiro na população do estudo; d) publicados entre 2010 a 2013, (o recorte temporal que se fundamenta no aumento da produção científica sobre cultura de segurança); e) texto completo disponível *on line* e acesso gratuito.

Foram identificados 75 artigos, que submetidos aos critérios de seleção deram origem a uma amostra de 27 publicações. De acordo com o levantamento realizado, foram identificadas duas temáticas predominantes que estruturam as seguintes categorias, que são descritas a seguir:

- a) avaliação da cultura de segurança entre profissionais;
- b) associação da cultura de segurança com resultados ou indicadores.

1.1 Avaliação da cultura de segurança entre profissionais (n=19)

1º) Turunen et al. (2013) publicou um estudo transversal, em quatro hospitais na Finlândia, envolvendo 109 enfermeiros gestores e 723 assistenciais, com objetivo de comparar a percepção deles sobre a cultura de segurança, utilizando o instrumento do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Foram observados que ambos os grupos revelaram problemas com a segurança do paciente. Em particular, os enfermeiros assistenciais revelaram situações mais críticas. Há uma necessidade de desenvolver a cultura de segurança do paciente em hospitais, discutindo abertamente sobre eles e aprendendo com os erros através do desenvolvimento de

práticas e mecanismos para preveni-los. Conclui-se que os enfermeiros gestores têm a percepção da cultura de segurança mais positiva do que os enfermeiros assistenciais, sobretudo porque possuem função de desenvolvimento da cultura de segurança em nível do sistema hospitalar, a fim de garantir que os enfermeiros que cuidam de pacientes possam fazê-lo com segurança.

2º) Schwendimann (2013a) realizou uma pesquisa transversal nos serviços de cirurgias ortopédicas e cardíacas de dois hospitais universitários, envolvendo 406 enfermeiros e médicos, com objetivo de explorar a variabilidade das dimensões da cultura de segurança, utilizando o instrumento do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Evidenciou-se que não há diferença significativa entre as dimensões da cultura de segurança nos dois serviços pesquisados. No entanto, não foi percebida no estudo a relação de cultura com os profissionais.

3º) tiveram como objetivo avaliar a cultura de segurança no trabalho de 132 enfermeiros em 5 unidades de terapia intensiva (UTI), utilizando o instrumento SAQ. Evidenciou que variáveis como idade, infraestrutura e gravidade dos pacientes afetam as dimensões da cultura de segurança para enfermeiros em UTI.

4º) Um artigo de Chaboyer et al. (2013) pesquisou a percepção sobre a cultura de segurança dos profissionais de saúde nos serviços de dez UTIs. A pesquisa apontou uma frequência alta para clima de trabalho e baixa para as percepções de suporte da gestão hospitalar e condições de trabalho. Quatro dimensões “satisfação no trabalho”, “trabalho em equipe”, “clima de segurança” e “condições de trabalho” foram significativamente maiores nos médicos do que nos enfermeiros. Duas dimensões “condições de trabalho” e “suporte da gestão hospitalar” obtiveram frequência inferior para líderes de enfermagem do que para enfermeiros assistenciais.

5º) Aboshaiqah e Baker (2013) realizaram um estudo com o objetivo de identificar os fatores contribuintes para a cultura de segurança em hospitais, envolvendo 498 enfermeiros de UTI, utilizando o HSOPSC. Concluiu-se que a maioria dos enfermeiros percebeu uma cultura de segurança positiva, porém houve diferença estatisticamente significativa com relação ao sexo, idade e anos de experiência na profissão.

6º) Wu (2013) teve como objetivo identificar o impacto de longas horas de trabalho em enfermagem sobre a cultura de segurança. O estudo foi transversal, envolvendo 114.818 enfermeiros nos EUA; 8.192 no Japão e 10.289 no Taiwan. Concluiu-se que

o grau de segurança do paciente diminuiu e que o número de eventos notificados aumentou com longas horas de trabalho de enfermagem. Essa variável teve um impacto sobre pessoal e trabalho em equipe dentro das unidades nos três países.

7º) Hamdan e Saleem (2013) investigaram de maneira transversal a cultura de segurança de 1.460 profissionais de saúde, em hospitais públicos na Cisjordânia. Os resultados revelaram a existência de cultura punitiva e de culpa, subnotificação de eventos, falta de comunicação, abertura e apoio à gestão inadequada. O pesquisador apontou que essas dimensões são os principais desafios de melhorias para os cuidados seguros de saúde aos pacientes hospitalares.

8º) Jones, Podila e Powers (2013) realizaram um estudo do tipo antes e depois para avaliarem se o treinamento do trabalho em equipe melhorou a percepção dos enfermeiros e médicos sobre cultura de segurança no serviço de emergência. Foi evidenciado que o treinamento de habilidades do trabalho em equipe levou a uma melhora positiva da percepção pessoal relacionado à cultura de segurança.

9º) Hughes, Chang e Mark (2012) publicaram um estudo transversal, envolvendo 3.689 enfermeiros de unidade médico-cirúrgica, usando o instrumento do HSOPSC. Considerou-se que o compromisso com a segurança no grupo de enfermagem foi o atributo positivo da cultura de segurança. E o medo em relatar erro continua a ser problemático e atributo frágil, no entanto, precisa ser criada uma estratégia para melhorar essa dimensão nas unidades pesquisadas.

10º) Smits et al. (2012) realizou um estudo transversal, em unidades de emergência, cirurgia e clínica médica, na Holanda, com objetivo de verificar se há relação entre as unidades e a cultura de segurança. Constatou que as unidades de cirurgia e clínica médica tiveram escores mais elevados nas dimensões “eventos reportados”, “resposta não punitiva ao erro”, “relato de notificação de eventos” e “transferências internas” quando comparada à unidade da emergência. Houve relação significativa entre a dimensão de notificação com as unidades e alguns tipos de eventos.

11º) Profit et al. (2012) por meio de um estudo transversal, realizou uma avaliação com 404 enfermeiros, 24 médicos e 71 auxiliares da saúde, com o objetivo de descrever a avaliação da cultura de segurança nos profissionais da UTI neonatal, explorar a variabilidade dentro desse ambiente em relação a dimensões de cultura e testar associação com características dos profissionais. Utilizou o instrumento do SAQ. Concluiu-se que os escores entre os auxiliares e enfermeiros da UTI neonatal foram iguais; que houve diferença estatisticamente significativa entre médicos e

enfermagem em relação à cultura de segurança e que os escores da UTI neonatal foram maiores do que da UTI adulto.

12º) Listyowardojo, Nap e Johnson (2012) realizaram um estudo transversal com 2995 profissionais de saúde de hospital universitário, utilizando o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). O objetivo foi comparar as percepções da cultura de segurança dos profissionais de saúde. Percebeu-se que médicos deram avaliações mais positivas de compromisso institucional com a segurança do que enfermeiros, assistentes clínicos e trabalhadores de laboratório, e que os trabalhadores administrativos deram classificações mais positivas do que médicos, enfermeiros, assistentes clínicos e trabalhadores de laboratório para percepções gerais sobre segurança do paciente. Concluiu-se que as intervenções para promover a cultura de segurança devem ser adaptadas para cada grupo profissional, pois as percepções sobre ela são diferentes entre os grupos.

13º) No artigo de Ballangrud, Hedelin e Hall-Lord (2012) foi investigado a percepção da cultura de segurança de 220 enfermeiros de UTI utilizando o HSOPSC. Foi evidenciado que enfermeiros de UTIs são mais positivos para as dimensões em nível da unidade, e menos para notificação de incidentes, *feedback*, aprendizado organizacional, melhorias contínuas e comunicação sobre erros.

14º) Poley et al. (2011) em estudo transversal utilizando o SAQ, investigou 76 profissionais de uma UTI pediátrica cirúrgica de um hospital universitário. Constatou-se a necessidade de realizar melhorias de formação de recursos humanos, gestão da equipe, orientações de segurança e envolvimento dos gestores para ações promotoras da segurança do paciente.

15º) O estudo de Raftopoulos, Savva e Papadopoulou (2011) avaliaram a cultura de segurança de 140 enfermeiros obstétricos, com o objetivo de avaliar a cultura de segurança e trabalho em equipe em 5 maternidades públicas. Evidenciou-se que os enfermeiros mais jovens necessitam de mais suporte e prática de trabalho em equipe quando comparado com os mais experientes. As maternidades menores compartilham mais responsabilidade e compromisso de segurança do paciente.

16º) Thompson et al. (2011) em um estudo transversal com 711 profissionais de enfermagem e líderes de unidades utilizando o HSOPSC, objetivou comparar as percepções da cultura de segurança dessas duas categorias profissionais. Concluiu-se que a perspectiva do líder em relação à cultura de segurança foi diferente dos profissionais de enfermagem.

17°) Alahmadi (2010) desenvolveu uma pesquisa transversal utilizando o instrumento do HSOPSC com 223 enfermeiros, técnicos, gestores e outros profissionais de saúde, evidenciando que a liderança é um elemento crítico para a eficácia das iniciativas de segurança do paciente, além da resposta aos erros. As organizações de saúde devem eliminar o medo da culpa e criar um clima de comunicação aberta e aprendizagem contínua.

18°) Outro estudo experimental, do tipo antes e depois, de Blegen et al. (2010), teve por objetivo melhorar a cultura de segurança através do treinamento e implementação de uma abordagem multidisciplinar. Percebeu-se melhorias das dimensões da cultura de segurança através do treinamento e implementação de uma abordagem multidisciplinar com trabalho em equipe e intervenção em comunicação. A intervenção por meio do treinamento parece ter melhorado a cultura de segurança nas unidades.

19°) Allen, Chiarella e Homer (2010) através de um estudo qualitativo, realizaram avaliação da cultura de segurança em duas maternidades públicas, envolvendo enfermeiros e médicos. Concluiu-se que as entrevistas forneceram maior conhecimento sobre os fatores que influenciam a cultura de segurança, assim como os benefícios do método qualitativo.

1.2 Associação da cultura de segurança com resultados (n=8)

20°) Schwendimann (2013b) publicou um estudo retrospectivo e transversal com 19.053 profissionais de saúde com ou sem contato direto com paciente, utilizando o instrumento do SAQ, com objetivo de avaliar a associação da cultura de segurança dos líderes com a redução do risco. Percebeu-se que a participação dos líderes no serviço está associada com uma cultura de segurança positiva, com a redução do risco de segurança do paciente e com o *feedback* sobre ações implementadas pelos líderes.

21°) O artigo de McLaughlin (2013) na modalidade transversal utilizou o instrumento do HSOPSC para avaliar as atitudes dos 93 membros da equipe da neurocirurgia em relação à cultura de segurança, a partir da aplicação do *checklist* na fase pré

incisional, na sala cirúrgica. Concluiu-se que dois itens necessitam ser revistos: a estrutura do *checklist* e do treinamento em liderança, e o trabalho em equipe.

22º) Publicação de Kagan e Barnoy (2013) investigou a associação entre cultura de segurança e a incidência da taxa de notificação de erros por 247 enfermeiros, por meio do instrumento *Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument*. Ressaltou que há influência da cultura de segurança organizacional sobre a disponibilidade dos enfermeiros para notificar incidentes. A cultura de segurança positiva organizacional pode incentivar a notificação de erro e assim melhorar a segurança do paciente.

23º) Um artigo de Brown e Wolosin (2013) teve como objetivo associar a cultura de segurança dos enfermeiros e o tipo de contrato de trabalho, com prevenção e queda do paciente, em 9 hospitais. O estudo apontou que há diferenças estatisticamente significativas entre prevenção e queda do paciente com a rotatividade de pessoal e carga elevada de trabalho.

24º) Ausserhofer et al. (2013) publicou estudo multicêntrico transversal, envolvendo 1.630 enfermeiros de unidades médico-cirúrgicas, utilizando o instrumento *Safety Organizing Scale*, com objetivo de associar a cultura de segurança e resultados de paciente, como erros de medicação, queda do paciente com lesão, úlcera por pressão e algumas infecções. Constatou que há associação da cultura de segurança positiva com os indicadores aos cuidados de saúde.

25º) Erler et al. (2013) realizou um estudo transversal, com 76 profissionais de saúde, utilizando o HSOPSC. O autor concluiu que há associação positiva entre as dimensões da cultura de segurança e resultados de segurança no contexto de um programa de transporte de cuidados.

26º) Hansen (2011) por meio de um estudo transversal envolvendo profissionais de saúde, investigou se havia associação entre cultura de segurança e taxas hospitalares de reinternação no prazo de trinta dias após alta hospitalar. Utilizou o instrumento *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO)*. Concluiu que houve uma significativa associação entre uma menor cultura de segurança e alta taxa de readmissão do paciente, com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca.

27º) Black et al. (2011) publicou um estudo transversal, com enfermeiros de unidades de clínica médica, utilizando o instrumento do PSCHO. Constatou que há

associação positiva entre a cultura de segurança com a prevenção de queda do paciente.

Síntese da evidência aponta que:

- 1) A maioria dos estudos realizou uma avaliação da cultura de segurança, classificando-a em forte ou frágil, mas não se aprofundou nas causas e justificativas, tanto para dados positivos quanto negativos (TURUNEN et al., 2013; CHABOYER et al., 2013; HAMDAN; SALEEM, 2013; HUGHES; CHANG; MARK, 2012; SMITS et al., 2012; PROFIT et al., 2012; LISTYOWARDOJO; NAP; JOHNSON, 2012; BALLANGRUD; HEDELIN; HALL-LORD, 2012; THOMPSON, 2011; ALAHMADI, 2010).
- 2) Dois instrumentos foram os mais utilizados para avaliar a cultura de segurança pelos investigadores, primeiro o HSOPSC (48,15%), seguido do SAQ (33,33%). Ambos utilizam a escala de *Likert*, e os resultados são apresentados em uma classificação como positiva, neutra ou negativa.
- 3) O setor onde mais se pesquisou cultura de segurança foi a UTI e, nele a percepção identificada da cultura de segurança foi uma das mais altas do hospital, mas contraditoriamente informam pouco a ocorrência de erros ou incidentes (ERLER et al., 2013; RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2013; PROFIT et al., 2012; RAFTOPOULOS; SAVVA; PAPADOPOULOU, 2011).
- 4) A população mais envolvida nos estudos foi o enfermeiro, seguida dos médicos e poucos estudos incluíram os gestores como população (SCHWENDIMANN, 2013a; WU, 2013; JONES, 2013). Há baixa participação dos líderes e gestores nos estudos. De fato, os enfermeiros desempenham um papel de vanguarda nas ações de melhoria dos cuidados, através da participação mais ativa nas atividades diárias (TURUNEN et al., 2013; POLEY et al., 2011).
- 5) A minoria dos estudos mencionou a influência de fatores como a idade, sexo, tempo de experiência profissional, tempo na instituição, rotatividade de pessoal, treinamento e infraestrutura; como possíveis fatores contribuintes para uma cultura de segurança positiva (ABOSHAHQA; BAKER, 2013; RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2013; JONES, 2013; BLEGEN et al., 2010).
- 6) O método de pesquisa mais utilizado foi o transversal, utilizando questionários para coleta de dados (96,60%) (AUSSERHOFER et al., 2013; BROWN; WOLOSIN, 2013; CHABOYER et al., 2013; ERLER et al., 2013; HAMDAN; SALEEM, 2013;

KAGAN; BARNOY, 2013; McLAUGHLIN, 2013; RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2013; SCHWENDIMANN, 2013b; TURUNEN et al, 2013; WU, 2013; ABOSHAIQAH; BAKER, 2013; HUGHES; CHANG; MARK, 2012; PROFIT et al., 2012; POLEY et al., 2011; THOMPSON et al., 2011; BLACK et al., 2011).

7) Duas pesquisas, uma qualitativa e outra quantitativa, avaliaram a cultura de segurança em maternidades. Revelou-se que enfermeiros mais jovens precisam trabalhar mais em equipe quando comparados com enfermeiros mais velhos. Investigadores questionam que estudos qualitativos precisam ser realizados para compreensão dos fatores influenciadores da cultura de segurança (ALLEN; CHIARELLA; HOMER, 2010; RAFTOPOULOS; SAVVA; PAPADOPOULOU, 2011).

8) Duas pesquisas do tipo antes e depois envolveram associação do treinamento do trabalho em equipe com a cultura de segurança. Houve associação positiva entre treinamento e implementação de uma abordagem multidisciplinar com trabalho em equipe, o que levou a uma melhoria positiva da cultura de segurança (JONES; PODILA; POWERS, 2013; BLEGEN et al., 2010).

9) A minoria dos estudos pesquisou associação entre a cultura de segurança e indicadores do cuidado de enfermagem. Os indicadores abordados foram a prevenção de queda do leito, transporte de pacientes, manejo de medicamentos, lesão por pressão e infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) (KAGAN; BARNOY, 2013; BROWN; WOLOSIN, 2013; AUSSERHOFER et al., 2013; BLACK et al., 2011).

10) Dois estudos encontraram associação positiva entre cultura de segurança e indicadores de procedimentos médicos como intervenções cirúrgicas e readmissão hospitalar nos pacientes com diagnósticos de infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva (McLAUGHLIN, 2013; HANSEN; WILLIAMS; SINGER, 2011).

A seguir apresenta-se o quadro 1 com os estudos encontrados.

Quadro 1 – Publicações sobre avaliação da cultura de segurança no recorte temporal de 2010-2013 (continua).

Base	Título	Autores
CINAHL 2013	<i>Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals</i>	H. Turunen, P. Partanen, T. Kvist, M. Miettinen, K. Vehviläinen-Julkunen
Pubmed 2013	<i>Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study</i>	R. Schwendimann, N. Zimmermann, K. Kung, D. Ausserhofer, B. Sexton
Pubmed 2013	<i>A Closer Look at Associations Between Hospital Leadership Walkrounds and Patient Safety Climate and Risk Reduction: A Cross-Sectional Study</i>	R. Schwendimann, J. Milne, K. Frush, D. Ausserhofer, A. Frankel, B. Sexton
Pubmed 2013	<i>Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire</i>	V. Raftopoulos, A. Pavlakis
CINAHL 2013	<i>Safety Culture In Australian Intensive Care Units: Establishing A Baseline For Quality Improvement</i>	W. Chaboyer, D. Chamberlain, K. Hewson-Conroy, B. Grealy, T. Elderkin, M. Brittin, C. McCutcheon, P. Longbottom, L. Thalib
CINAHL 2013	<i>Assessment of Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in a Saudi Arabia Hospital</i>	A. E. Aboshaiqah, O. G. Baker
Science 2013	<i>The impact of nurse working hours on patient safety culture: a cross-national survey including Japan, the United States and Chinese Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>	Y. Wu, S. Fujita, K. Seto, S. Ito, K. Matsumoto, C. Huang, T. Hasegawa
Pubmed 2013	<i>Impact of the Time-Out Process on Safety Attitude in a Tertiary Neurosurgical Department</i>	N. McLaughlin, D. Winograd, H. R. Chung, B. V. Wiele, N. A. Martin.
Pubmed 2013	<i>Organizational Safety Culture and Medical Error Reporting by Israeli Nurses</i>	I. Kagan, S. Barnoy
Pubmed 2013	<i>Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals</i>	M. Hamdan, A. A. Saleem
Science Direct 2013	<i>Creating a Culture of Safety in the Emergency Department</i>	F. Jones, P. Podila, C. Powers.
Science Direct 2013	<i>Safety Culture Relationships with Hospital Nursing Sensitive Metrics</i>	D. S. Brown, R. Wolosin

Quadro 1 – Publicações sobre avaliação da cultura de segurança no recorte temporal de 2010-2013 (conclusão).

Base	Título	Autores
Science Direct 2013	<i>The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey</i>	D. Ausserhofer, M. Schubert, M. Desmedt, M. A. Blegen, S. Geest, R. Schwendimanna
Pubmed 2013	<i>Perceived Patient Safety Culture in a Critical Care Transport Program</i>	C. Erler, N. E. Edwards, S. Ritchey, D. J. Pesut, L. Sands, J. Wu.
CINAHL 2012	<i>Quality and strength of patient safety climate on medical–surgical units</i>	L. C. Hughes, Y. Chang, B. A. Mark.
Science Direct 2012	<i>The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals</i>	M. Smits, C. Wagner, P. Spreeuwenberg, D. RM Timmermans, G. van der Wal, P. P Groenewegen
Science Direct 2012	<i>Neonatal intensive care unit safety culture varies widely</i>	J. Profit, J. Etchegaray, L. A. Petersen, J. B. Sexton, S. J. Hysong, M. Mei, E. J. Thomas.
Pubmed 2012	<i>Variations in hospital worker perceptions of safety culture</i>	T. A. Listyowardojo, R. E. Nap, A. Johnson
Pubmed 2012	<i>Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study</i>	R. Ballangrud, B. Hedelin, M. L. Hall-Lord
CINAHL 2011	<i>Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire</i>	M. J. Poley, C. van der Starre, A. van den Bos, M. van Dijk, D. Tibboel
Pubmed 2011	<i>Safety Culture in the Maternity Units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire</i>	V. Raftopoulos, N. Savva, M. Papadopoulou
Science Direct 2011	<i>A Relational Leadership Perspective on Unit-Level Safety Climate</i>	D. N. Thompson, L. A. Hoffman, S. L. Lorenz, G. A. Wolf, H. K. Burns, T. E. Minnier, R. R.
Pubmed 2011	<i>Perceptions of Hospital Safety Climate and Incidence of Readmission</i>	L. O. Hansen, M. V. Williams, S. J. Singer.
Science Direct 2011	<i>Insights into the climate of safety towards the prevention of falls among hospital staff</i>	A. A. Black, S. G. Brauer, R. A. R. Bell, A. J. Economidis, T. P. Haines
Science Direct 2010	<i>Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals</i>	H. A. Alahmadi
Pubmed 2010	<i>Improving safety culture on adult medical units through multidisciplinary teamwork and communication interventions: the TOPS Project</i>	M. A. Blegen, N. L. Sehgal, B. K. Alldredge, S. Gearhart, A. A. Auerbach, R. M. Wachter.
Pubmed 2010	<i>Lessons learned from measuring safety culture: An Australian case study</i>	S. Allen, M. Chiarella, C. S. Homer

Nota: Construção a partir das bases de dados consultadas.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

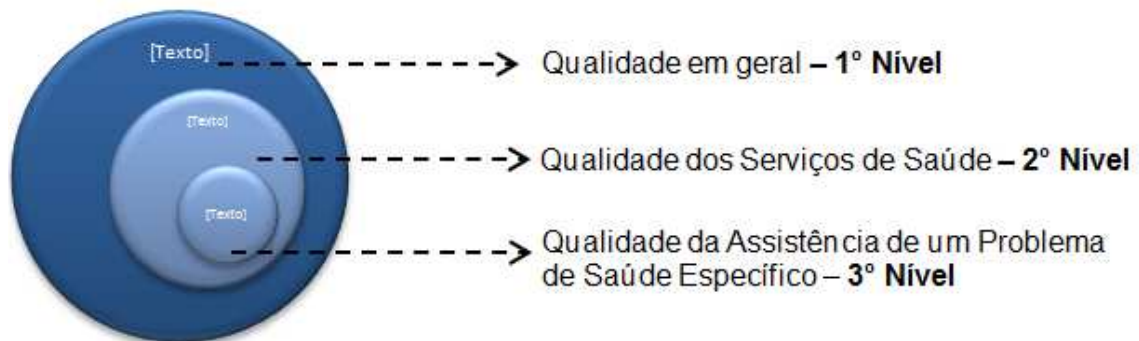
2.1 A Qualidade e Segurança

Cada vez mais observamos uma crescente preocupação com o quesito qualidade nos serviços de saúde, em que todos os envolvidos no processo possuem uma atenção singular. Os gestores têm preocupação com a utilização dos seus recursos e sabem que realizar as coisas bem, entre outros benefícios, minimiza os custos para a instituição. Já os profissionais se preocupam em prestar um cuidado com qualidade, responsabilidade, compromisso e ética. Por outro lado, o paciente está cada vez mais informado e participativo, exigindo um bom serviço nos cuidados de saúde (BRASIL, 2013).

Sabemos que a visão desses três elementos não é a mesma para o significado de qualidade na atenção à saúde. Digamos que a qualidade é algo bastante subjetivo. Essas diferenças de visões do significado de qualidade podem tornar os resultados diferentes para cada indivíduo, o que influencia a sua avaliação e aprimoramento. Por esse motivo se faz necessário compreender o conceito de qualidade e seu significado na gestão dos serviços de saúde, algo que possui implicações para as estratégias de melhoria da segurança do paciente, que é um componente crítico da qualidade na assistência de saúde, por ser percebido que as organizações de cuidados de saúde se esforçam continuamente para melhorar; existindo um reconhecimento crescente da importância de estabelecer a segurança do paciente como prioridade na gestão dos serviços de saúde.

Com o objetivo de minimizar a subjetividade e contribuir para estratégias de melhorias da qualidade nos serviços de saúde, apesar de ser um conceito que vem abarcando dimensão, talvez possamos expressar a pluralidade dele por meio do modelo de Saturno (2008), (figura 1).

Figura 1 – Três níveis do conceito de qualidade.



Fonte: Adaptado de SATURNO, 2008.

O modelo do conceito de qualidade mencionado permite associação com os sistemas de saúde. A falta de sintonia no conceito entre os três elementos - serviço, profissional e comunidade - acarretará problemas de qualidade (BRASIL, 2013). Na perspectiva desse trabalho não é objetivo esgotar os conceitos de qualidade, por isso o faremos de forma sintética para compreender a relação entre qualidade e segurança nos serviços de saúde. Definir qualidade não é uma tarefa fácil, por possuir diferentes ângulos e perspectivas.

Alguns conceitos encontrados na literatura sobre qualidade estão no quadro 2.

Quadro 2 – Conceitos de qualidade

WHO 2009	Em que grau os serviços de saúde disponíveis para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.
KOHN; CORRIGAN; DONALDSON 2000	Em que grau os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis de acordo com o conhecimento específico daquele serviço.
DONABEDIAN 1988	Tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização do bem-estar do paciente, depois que este tome em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas nas várias fases do processo de prestação de cuidados de saúde.

Fontes: WHO, 2009; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; DONABEDIAN, 1988.

No serviço para saúde, a qualidade será alcançada quando for “adequada à utilização pretendida”, de modo a atender ao objetivo proposto (JURAN, 1990, p. 16). Mas, sob a ótica do paciente, é aquela que é de fácil acesso, possui uma ótima

cota de humanização, é transparente e responsável - *accountable* – e possui boa reputação (FRAGATA; MARTINS, 2014). Para a instituição, a qualidade relaciona-se mais com aspectos de Donabedian (1993) que atribui estrutura, processo e resultado. Na visão dos profissionais é aquela que atinge o resultado proposto sem causar danos, associa-se à satisfação pessoal e com aspectos decorrentes do ensino, investigação e publicações (FRAGATA; MARTINS, 2014).

A segurança do paciente é considerada como um atributo da qualidade nos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1980). Na verdade não existirá qualidade sem segurança (FRAGATA, 2011). Com a evolução tecnológica e científica, a classificação triangulada de qualidade por Donabedian - estrutura, processo e resultado - passou por uma reestruturação onde foram acrescentadas as dimensões “Satisfação do Paciente” e “Centralização de Cuidados no Paciente e na Segurança” (DONABEDIAN, 1993).

A WHO (2006) sugere que um sistema de saúde para promover melhorias deve se basear em seis dimensões da qualidade em saúde que são nomeadas e descritas no quadro 3.

Quadro 3 – Dimensões da qualidade em saúde.

Efetiva	Prestação de cuidados de saúde com base em evidência e que resulte em melhores resultados de saúde para os indivíduos e comunidades, com base na necessidade.
Eficiente	Prestar cuidados de saúde de uma forma que maximize a utilização de recursos e evite o desperdício.
Acessível	Prestação de cuidados de saúde que seja oportuna, geograficamente razoável, e forneça um ambiente onde as competências e os recursos são adequados às necessidades.
Aceitável/ Centrado no Paciente	Prestação de cuidados de saúde que leve em conta as preferências e as aspirações individuais dos usuários nos serviços e às culturas da comunidade em que reside.
Equitativa	Prestação de cuidados que não varie em qualidade consoante as características pessoais como sexo, raça, etnia, localização geográfica ou condição socioeconômica.
Segura	Prestação de cuidados que minimize riscos e danos aos usuários dos serviços.

Fonte: WHO, 2006.

Um estudo (EIRAS et al, 2011) a partir do levantamento realizado na literatura identificou algumas dimensões como comuns e transversais, como a efetividade; a

eficiência; a acessibilidade; a segurança; a equidade e a adequabilidade. Ainda cita que a dimensão “Atempada”, citada no relatório do IOM (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), é de fundamental importância para a qualidade, pois se relaciona com a redução das esperas pelo paciente e atraso dos procedimentos pelos profissionais, acarretando prejuízos para ambos.

Já outro estudo realizado apareceu equidade como a única dimensão comum em todas as demais dimensões da matriz conceitual de qualidade (VIACAVA, 2011).

Existem outros fatores com implicações para a segurança do paciente durante a prestação de cuidados de saúde, e essas são as dimensões da ética; da motivação profissional; do altruísmo; da iniciativa e da auto-interrogação e dos custos. Além desses há outro, que é a resistência dos indivíduos em alterar valores e costumes, a tendência em atribuir a culpa e punir em caso de erro (FRAGATA, 2011).

Em resumo, a qualidade possui diversas dimensões como visto acima, mas o grande desafio encontra-se em refletir sobre os sistemas e não no indivíduo, o que demanda pensar que a verdadeira mudança se direciona para a cultura organizacional de segurança do paciente nos serviços em saúde. Certamente é a área onde importa mais investir para promover genuinamente a segurança do paciente.

2.2 Compreendendo a Cultura Organizacional

Neste capítulo, como objeto de estudo dessa pesquisa, apresentaremos algumas teorias de cultura organizacional como uma maneira de construir um elo para a cultura de segurança.

Para o estudo de cultura organizacional se faz relevante entender a origem da palavra organização, que tem o significado de ferramenta ou instrumento, isto é, entendemos a organização como instrumento utilizado pelo homem para desenvolver determinada tarefa (DIAS, 2013) a partir de uma atividade coordenada conscientemente, entre dois ou mais indivíduos, que atuam em um ambiente comum com o objetivo de atingir uma meta pré-definida.

Nas últimas décadas, diversos investigadores vêm estudando a organização. Percebe-se que as investigações têm sido abordadas em variadas perspectivas da sociologia, psicologia e da antropologia. Umas mais centradas essencialmente na descrição e explicitação do funcionamento organizacional e outras no comportamento organizacional. Sendo que essa última percebe a organização como uma cultura peculiar, permitindo adaptação, quer dos indivíduos à organização, quer da organização ao seu ambiente no qual está inserida (NEVES, 2000). Assim (EIRAS, 2011a), a organização está inserida num ambiente que por si só interage com ele mesmo, recebendo influências e o influenciando.

Para Dias (2013), há diversos fatores que podem afetar significativamente a organização e conseqüentemente a sua cultura organizacional, uns mais e outros menos, dependendo do momento. Para estudo das organizações recomenda-se compreender o significado e a importância dos fatores externos e internos no desenvolvimento organizacional.

Uma situação mais prática e útil para analisar e compreender os diversos componentes do entorno organizacional é dividi-lo em segmentos diferenciados, tendo o cuidado de não incorrer no desvio de assumir uma visão fragmentada da realidade. Posterior à análise das partes, é fundamental adotar uma perspectiva integrada, pois cada dimensão está interligada com a outra e a organização por sua vez interage de forma dinâmica com todas elas.

A partir de meados da década de 1990, a segurança começou a ser vista através de uma perspectiva sistêmica que abrange os fatores organizacionais para além dos fatores humanos e tecnológicos (FRAGATA; MARTINS, 2014). Num mundo cada dia mais complexo, o número de organizações tem crescido exponencialmente, e independentemente do tipo de função que exercem, apresentam características comuns e universais como a cooperação, divisão de trabalho, objetivos comuns e existências de normas (DIAS, 2013).

- **Cooperação** é um instrumento que os indivíduos utilizam para aumentar sua capacidade de intervenção na realidade com o objetivo de atender suas necessidades, isto é, um indivíduo sozinho não consegue atingir inúmeros objetivos, por isso deve contar com outros indivíduos que através da coordenação dos esforços atingirão objetivos mútuos.
- **Divisão de trabalho** para que a coordenação de esforços seja eficiente, é necessário que ela seja clara e justa entre os indivíduos que compõem a

organização, pois multiplica a capacidade individual. Assim, o nível de produtividade é maior do que a soma das produtividades individuais.

- **Objetivos comuns**, os indivíduos irão cooperar se tiverem objetivos mútuos, sobretudo se as organizações tiverem objetivos bem definidos.
- **Existências de normas** são fundamentais para qualquer organização, pois para que haja cooperação é fundamental um acordo entre os pares. São necessárias regras gerais e específicas, direitos e deveres.

Essas características evidenciam alguns traços que identificam uma organização, ou seja, é constituída por indivíduos que, através da divisão de trabalho, cooperam entre si obedecendo a certas normas e regras com o objetivo de atender suas necessidades e alcançar objetivos mútuos.

Para que a organização funcione adequadamente, é imprescindível que os indivíduos trabalhem em sintonia. Dessa forma, o professor irlandês Charles Handy (GREENER, 2010) destaca a organização a partir de três marcos de referência:

- Como **conjunto de indivíduos** com suas peculiares estruturas de personalidades, necessidades próprias e diferenciais, e formas particulares de adaptar-se a seus papéis.
- Como **sistemas sociopolíticos** com fins precisos, relações contextuais, objetivos e valores, mecanismos de administração e hierarquias de poder.
- Como **sistemas de poder e influências** muito similares, logicamente, aos sistemas sociopolíticos.

Esses marcos referenciais se inter-relacionam entre si, surgindo dois resultados: as organizações não são meros conjuntos de indivíduos, mas de sistemas políticos; as relações de poder dentro da organização constituem vinculação, o que transformam os conjuntos de indivíduos em sistemas com objetivos próprios (DIAS, 2013).

A organização para Peter F. Drucker (1997) é compreendida por um grupo humano composto por especialistas que trabalham em conjunto em uma tarefa comum, mas que não é concebida e baseada na natureza psicobiológica dos seres humanos.

Neste mesmo termo, o sociólogo Anthony Giddens (2009) afirma que a organização é um grande agrupamento de indivíduos, estruturado em linhas impessoais e estabelecida a fim de atingir metas específicas.

A definição mais prática e funcional de organização foi do professor de administração Edgar H. Schein (2009), quando se refere a ela dizendo que é a coordenação racional das atividades de certo número de indivíduos, para o cumprimento de um objetivo comum, a partir da divisão de trabalho e funções de uma hierarquia de autoridade e responsabilidade.

Levando-se em consideração as definições variadas de organizações, podem-se evidenciar as seguintes características gerais e universais: é um sistema social; os indivíduos se associam para cooperar; perduram ao longo do tempo; possui identidade; tem sistema de comunicação; adotam divisão de trabalho; apresentam hierarquia que assegura uma coordenação adequada.

O estudo das organizações é complexo, pois deve adotar uma perspectiva multifacetada, abordando aspectos simbólicos, cognitivos e culturais que permitirão a construção de novos modelos de organização voltados para as novas necessidades impostas por uma sociedade em rápida transformação e mudança (DIAS, 2013).

As organizações são consideradas como minissociedades, pelo fato de terem seus próprios padrões e modelos de crenças compartilhadas, divididas e suportadas por várias normas operacionais e rituais que podem desempenhar uma influência crucial na eficiência da organização para atingir os objetivos propostos (SCHEIN, 2009).

Como sistema social, a organização está inserida numa sociedade que se encontra em constante mudança e evolução, sob influência do mundo moderno que desponta o conhecimento, considerado esse o fator de produção mais importante, e os indivíduos que transformam a informação e a comunicação em conhecimento, aumentam sua relevância dentro das organizações. Desse modo as novas condições podem influenciar de modo decisivo o comportamento das organizações e dos indivíduos que os integram (DIAS, 2013).

Partindo do princípio que a organização está inserida dentro do contexto social, toda organização possui uma cultura própria que compartilha com a sociedade inúmeros elementos que as identifica (DIAS, 2013). No contexto do século XXI, a cultura organizacional passa a ter um papel fundamental e decisivo no desenvolvimento da organização, porque cada vez mais os indivíduos a tornam como fonte de conhecimento, um recurso valorizado e que se torna importante na competitividade organizacional.

A cultura organizacional tem sido estudada há décadas por Schein, que publicou o livro intitulado *Cultura Organizacional e Liderança*, em 1985. De fato é uma literatura com forte reconhecimento internacional, com ampla utilização pelos estudantes e líderes de organizações (SCHEIN, 2009).

Schein (2009) definiu cultura organizacional como um conjunto de pressupostos básicos: compartilhar suposições entre o grupo, compartilhar invenções e descobertas construídas pelo grupo, aprender a resolver problemas de adaptação externa e interna, trabalhar bem e ter resultados, ensinar aos novos membros do grupo a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação aos problemas.

Em suma, é o sistema de ações, valores e crenças compartilhado que se desenvolve numa organização e orienta o comportamento dos seus membros. Uma organização possui uma cultura forte porque tem uma história comum longa, ou porque tem experiências intensas e importantes partilhadas (SCHEIN, 1990).

A partir deste investigador, o assunto passou a ser explorado com maior amplitude e relevância científica. Por diante, foram surgindo outros estudiosos trazendo uma variação de conceitos de cultura organizacional. A pluralidade de conceitos gerou questionamentos em pesquisas, por levantar aspectos conceituais diversos de cultura organizacional (VINCENT, 2009; SCHEIN, 2009; SILVA, 2001; BARBOSA, 1996; SOUZA, 1978). Nesse sentido, o termo cultura remete à ideia da herança literária e artística de um país ou dos valores e da moral (VINCENT, 2009).

A cultura é o que o grupo apreende ao longo do tempo, durante o qual vai encontrando soluções para problemas de sobrevivência num ambiente externo, bem como para os problemas internos. Esse processo de aprendizagem é simultaneamente comportamental, cognitivo e emocional (SCHEIN, 1990). Nesse sentido, qualquer grupo com uma história partilhada pode ter uma cultura. Por isso em uma organização pode-se encontrar uma diversidade de subculturas a partir da interação entre os indivíduos pertencentes a um determinado grupo (SCHEIN, 2009).

No surgimento destas afirmações, Dias (2013) acrescenta várias tipologias de cultura organizacional. Assim, dificilmente uma organização irá se encaixar num tipo exclusivo de cultura, mas, sobretudo, num misto de cultura. A seguir se relacionam os tipos mais comuns de cultura orientada para:

- **o poder** - é uma mistura de absolutismo e benevolência, geralmente são agressivas;
- **a função** - tarefas bem definidas, coordenadas entre si por uma série de normas, regras e procedimentos. Há maior preocupação pela efetividade do que pela eficácia;
- **a tarefa** (resultado)- preza pela experiência unida à capacidade para solucionar problemas. Nesse tipo, as normas passam a um segundo plano, fomenta o diálogo e o debate;
- **as pessoa** - valoriza-se a individualidade, a criatividade, a originalidade, o esforço;
- **o processo**- os indivíduos demoram a receber retorno, que é escasso ou inexistente. O importante não é “o que se faz”, mas “como se faz”;
- **a inovação**- apresenta hierarquia achatada e plana, é diluída no relacionamento com os funcionários. Assumem riscos, considerando as falhas como parte do processo, sendo essas celebradas tanto quanto os sucessos;
- **a equipe**- perfil colaborativo e com ênfase na cooperação. Recrutam profissionais para completar uma equipe. Há um relacionamento mais positivo entre os trabalhadores e os gestores.

É perceptível que a cultura traz consigo conceitos que preservam as lições aprendidas ao longo da existência organizacional, sejam em valores oriundos desses conceitos mencionados que prescrevem como a organização deve agir, sejam em marcadores visíveis e afazeres que englobam os valores compartilhados e dão substância a eles (SCHEIN, 2009).

Corroborando a ideia de SCHEIN (2009), mensurar e analisar a cultura organizacional não é uma tarefa fácil e muito menos simples. No entanto, existem métodos variados que devem ser escolhidos conforme o propósito, e, sobretudo, os fatores que compõem a cultura de uma organização devem ser continuamente observados, analisados e aperfeiçoados; dando foco aos indicadores culturais, como perfil da gerência, dos profissionais, associação entre a missão da organização e as atitudes.

É verdade que os indivíduos numa organização interagem conforme características individuais e grupais em diversos aspectos ao longo da convivência no trabalho. Nesse contexto, a forma como os indivíduos pensam e agem diante das condutas possui um significado concreto e expressa parte da cultura organizacional.

As características individuais dos profissionais estão diretamente ligadas às variações culturais, portanto, podem influenciar na cultura organizacional (VINCENT, 2009). Certamente as profissões compartilham culturas diferentes (SCHEIN, 2009).

Dentro dessa ótica, a cultura organizacional é positivamente influenciada pelos líderes de uma organização (SCHEIN, 2009; VINCENT, 2009) no desenvolvimento de comportamentos, valores e crenças de seus grupos, possibilitando a consolidação da cultura organizacional. Para SCHEIN (2009), a cultura e a liderança são dois lados da mesma moeda, não se podendo compreender uma sem a outra, pois a liderança é preponderante na construção e desenvolvimento da cultura de uma determinada organização.

Acredita-se que os subordinados são reflexos dos seus líderes, e é verdade. O líder é comparado ao “maestro” (WESTRUM, 1997) por presidir e coordenar uma organização tão complexa e grande, associada à união de pessoas e tecnologia para promover um cuidado seguro (VINCENT, 2009). Dentro dessa concepção, Flin e Yule (2004) demonstram a importância do estilo de liderança para a segurança.

O líder deve capacitar os membros da equipe e tratar os indivíduos como seres únicos. Flin e Yule (2004) destacam ainda que existe associação da liderança com mais altos níveis de desempenho, comprometimento e satisfação no trabalho. Para este sucesso é imprescindível que o líder se comunique de forma eficaz e frequente sobre a segurança do paciente com seus pares e que agregue participação dos subordinados na tomada de decisão, pois estimula o comportamento de segurança.

Com o decorrer do tempo, é inevitável que os grupos de trabalho evoluam e se adaptem, à medida que os membros individualmente desenvolvam uma forma compartilhada de trabalhar em conjunto. O ideal no trabalho é que os membros de uma organização compartilhem os mesmos valores e compromissos. Nomeadamente, esperar que a segurança seja um valor com que todos concordem e que as atitudes sejam tomadas de forma coerente entre os pares (VINCENT, 2009).

A instituição hospitalar possui uma cultura organizacional mais complexa do que outras empresas e indústrias, especialmente pela diversidade de profissionais que atuam e pela variabilidade de prestação de serviço (SANTOS, 2007). Nesse cenário de elevado grau de complexidade, é usual existirem conflitos entre os pares pela diversidade de culturas pessoais e profissionais.

Especialistas na área da teoria organizacional possuem diferentes visões sobre a questão de mudança de cultura. Alguns direcionam a fundamentação para os aspectos antropológicos, tendo a cultura como um produto de atitudes e valores pessoais, consolidado na história de uma organização. Outros direcionam para os aspectos das organizações como algo que pode ser encorajado, desenvolvido e até manipulado. De fato, é extremamente arriscado e perigoso mudar, por exemplo, a cultura nacional ou os costumes de uma sociedade, pois é uma intrusão nos valores e na liberdade individual. Os pesquisadores apontam que as atitudes relacionadas a comportamentos inseguros podem e devem mudar, com vista preferencial para melhoria (YULE, 2007).

É verdade que com o assunto segurança esperam-se mudanças de atitudes e valores específicos associados ao trabalho, do que particularmente de crenças individuais. Por exemplo, nos últimos anos a atitude individual com relação ao uso do cinto de segurança levou a imenso destaque para tal fato e para o assunto segurança.

A organização de saúde compartilha característica importante com as instituições da área da energia nuclear, aviação e petrolífera, por desempenhar atividade de elevada fiabilidade, as conhecidas *high reliability organizations* (RHO). Essas instituições enfrentam dois desafios: uma de gestão complexa, exigindo tecnologia de maneira a evitar grandes falhas que poderiam prejudicar a organização, e a outra a capacidade para gerir o inesperado (FRAGATA; MARTINS, 2014; REASON, 2000).

É aplicado o conceito de *sensemaking* em instituição com alta fiabilidade, de modo a compreender como ela mantém a qualidade, mas para isso foi necessário em outras investigações propor o conceito de “consciência”, que é a preocupação com o fracasso, a relutância em simplificar interpretações, a sensibilidade para as tarefas, o compromisso com a resiliência e a deferência à especialização dos trabalhadores (WEICK; SUTCLIFFE, 2001, 2008).

Mais do que a eficiência, o fundamental nesses sistemas organizacionais é a fiabilidade (*reliability*), o que vem colocar questões problemáticas na aprendizagem organizacional e no conceito de *performance*. A importância dessa abordagem para a organização de saúde parece apresentar uma grande pertinência, por três ordens de razões:

- A **dimensão humana**, relacionada ao imenso sofrimento ou até mesmo a morte, que o erro no contexto da saúde pode provocar.
- A **dimensão política**, pelo compromisso implícito e pela fidelidade das organizações de saúde a sua missão de servirem através da centralização da gestão nos seus pacientes.
- As **razões éticas**, que devemos às vítimas dos erros em saúde.

Embora essas instituições estejam longe do domínio da saúde, elas compartilham características relevantes com as organizações da saúde. Vale destacar que o aprendizado com elas são evidentemente importantes para os gestores que estão frente às organizações de saúde.

2.3 Evolução do Termo Cultura e Clima de Segurança

Possivelmente a cultura seja o conceito mais amplo de todos os que se empregam nas ciências sociais, pois envolve um extenso espectro de conotações, sendo essa uma das principais justificativas de maior polêmica e controvérsia. Para Immanuel Wallerstein (1999), a cultura pode ser vista a partir de dois aspectos. O primeiro é visto como um modo de sintetizar as formas em que os grupos se distinguem de outros grupos. A cultura representa aquilo que é compartilhado dentro de grupo, e supostamente o que simultaneamente não se compartilha na totalidade ou parcialmente fora do mesmo grupo. Sendo um conceito claro e utilizado enormemente.

No segundo, a cultura é empregada para se referir não à totalidade da especificidade de um grupo em oposição a outro, mas para designar certas características dentro do grupo, em oposição a outras características que ocorrem dentro do mesmo grupo. Utilizamos o termo cultura para se referir às manifestações culturais superiores em contraposição às práticas populares ou costumes, ou seja, utilizamos para designar aquilo que é superestrutural, em oposição ao que constitui a base. Contudo, não há dúvida de que cada indivíduo pertence a muitos grupos, seja classificada por sexo, raça, nacionalidade, língua e classe social.

Comumente, em diversas publicações incluiu-se os termos a “cultura” de segurança ou o “clima” de segurança. Os resultados de estudos indicam uma variação considerável no uso de termos e definições. Há um debate em curso sobre se a cultura de segurança é inerentemente diferente do conceito de clima de segurança, pois os dois termos são definidos como sendo essencialmente o mesmo conceito e são usados alternadamente em publicações (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Esse mesmo autor realizou uma revisão da terminologia em oitenta e dois estudos. A maioria utiliza o termo cultura de segurança (n=42) em comparação a clima de segurança (n=8), e alguns outros estudos tomaram uma abordagem mais holística que define os dois termos (n = 9). A definição mais comumente encontrada da cultura de segurança foi a mesma que utilizamos nesse estudo.

O termo "cultura de segurança" foi introduzido pelo *International Nuclear Safety Advisory Group* (INSAG), em 1993, após o acidente nuclear de Chernobyl, na Ucrânia, ocorrido em abril de 1986, para denotar que a gestão e o fator organizacional são importantes para a segurança, sobretudo o conceito subjacente de que crenças e atitudes de uma organização afetam o desempenho de segurança (SORENSEN, 2002; GULDENMUND, 2000; LEE, 1998).

Conforme o *International Atomic Energy Agency* (IAEA), uma cultura de segurança fraca foi atribuída como principal causa do acidente (IAEA, 1986; HSC, 1993). Existem duas teorias oficiais, mas contraditórias, sobre a verdadeira causa. Uma foi relacionada ao fator humano e a outra ao defeito no projeto do reator, alguns cientistas apontam e acreditam que o que ocorreu foi uma sucessão dos fatores, sendo um exponencialmente potencializado pelo outro.

Por conseguinte, há uma necessidade de discutir de forma aprofundada a cultura de segurança no campo da indústria, com o objetivo de melhorar o desenvolvimento de segurança, especialmente nas organizações que desempenham atividades de alto risco e, sobretudo, naquelas conhecidas no mercado com alta confiabilidade, por exercerem atividades de alto risco e com extrema segurança, como o exemplo da aviação, automobilismo, indústria e energia nuclear (COX, 1998; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Percebe-se um recente deslocamento do foco para a construção de uma cultura de segurança no domínio da saúde, em que o marco dessa iniciativa foi o Institute of Medicine, com a divulgação do relatório "Errar é humano" (*To Err is*

Human) em 1999 (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). A partir desse período, um número crescente e significativo de estudos têm sido realizado por especialistas para demonstrar a importância da cultura de segurança na melhoria da segurança na saúde (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011). E principalmente, enfatizar a necessidade de discussão da cultura de segurança nas instituições hospitalares.

Neste momento, é indispensável perceber o conceito da cultura de segurança no contexto da saúde pela *Health and Safety Commission*, cuja fonte foi a *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations* (ACSNI) como “é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos, individuais e grupais, que determinam o estilo, a proficiência e o compromisso de uma organização saudável e segura” (HSC, 1993, p.23). Esse mesmo conceito é adotado pela WHO (2009).

No Brasil, o PNSP (BRASIL, 2013) tem quatro eixos: a) estímulo a uma prática assistencial segura; b) envolvimento do cidadão na sua segurança; c) inclusão do tema no ensino; d) incremento de pesquisa na temática. Por isso, entende-se que a cultura de segurança do paciente deve perpassar por todos os eixos, ou seja, é um assunto transversal a todas as áreas.

A organização com uma cultura de segurança positiva e saudável é caracterizada por uma comunicação elencada na confiança mútua, pela percepção da ideia comum da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas (HSC, 1993).

A ideia de uma cultura de segurança é precedida por um contexto expressivo da pesquisa em cultura, onde a cultura incorpora valores, crenças e pressupostos subjacentes, e clima é uma medida descritiva refletindo percepções da força de trabalho na atmosfera organizacional (GONZALEZ-ROMA, 1999), e é característica da cultura de segurança discernida a partir de atitudes e percepções dos membros da organização, em relação à segurança na unidade ou organização em um determinado momento (HSE, 2005; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; COX, 1998).

Logo, o clima de segurança é definido como a característica da cultura de segurança a partir de atitudes e percepções dos indivíduos, considerado como os componentes mensuráveis da cultura de segurança. Dito em outras palavras o clima de segurança é a manifestação da cultura de segurança (COLLA, 2005; COX, 1998; HSC, 1993). O clima organizacional é mais facilmente medido do que a cultura, os

investigadores quase sempre usam clima de segurança como numa medida de substituição da cultura de segurança (MORELLO, 2013).

A primeira definição de clima de segurança foi introduzida por Zohar (ZHANG, 2002; ZOHAR, 1980), como sendo um fenômeno psicológico a respeito do ambiente de trabalho, que é definido como uma síntese das percepções sobre o estado da segurança no trabalho. Geralmente é relacionado com questões intangíveis, como situacional e fator ambiental; e por último considerado ainda um fenômeno temporário, ou seja, um “instantâneo” da cultura de segurança, relativamente instável e sujeita à alteração.

Vários estudos realizados destacam a variação comum na terminologia entre cultura de segurança ou clima de segurança (ZOHAR, 1980; ZHANG, 2002; FLIN et al., 2006; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; GROVES, 2014). Percebe-se que há uma discussão contínua sobre a cultura de segurança ser intrinsecamente diferente do conceito de clima de segurança. Para realçar a situação, os dois termos são definidos muitas vezes da mesma maneira e são utilizados de forma alternada em publicações (COX, 1998). O termo “clima de segurança” é observado como variação de “cultura de segurança” nos estudos de Zohar (1980) e Zhang (2002) relacionados nas instituições industriais, já nos estudos de Flin et al. (2006) e Halligan e Zecevic (2011) relacionados nas instituições de saúde.

Por essa razão de variabilidade conceitual, um pesquisador afirma que a definição da cultura de segurança parece ter a precisão de uma “*nuvem*” (REASON, 1998, p.192), ou seja, torna o termo embrionário e inacabado. Parte do pressuposto de que um conjunto comum de nomenclatura e definição vão permitir aos pesquisadores uma melhor informação, subsídio e estratégia para buscar melhoria da cultura de segurança nas instituições de saúde.

Como podemos observar os termos acima de cultura e clima de segurança, dividem conceitos diferentes, por isso, nesse estudo será utilizado o termo da cultura de segurança, pelo fato de apresentar conformidade com algumas literaturas no âmbito da saúde.

Percebe-se que todos os termos foram criados e aprimorados baseados na vasta literatura sobre cultura de segurança em indústrias consideradas de alto risco. No contexto da saúde, há escassa literatura sobre cultura de segurança nas instituições hospitalares. Reis (2014) considera que a cultura de segurança nas

organizações hospitalares está associada com a cooperação de ações individuais e grupais, com o objetivo de minimizar a ocorrência de danos ao paciente.

Apesar da definição mais utilizada ser da *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations* (ACSNI) (HSC, 1993), podemos encontrar na literatura de segurança do paciente uma variada definição de cultura e segurança:

1. Uma cultura que apresenta os cinco atributos de alto nível que os profissionais de saúde se empenham em operacionalizar através da implementação de sistemas de gestão da segurança robustos: (1) uma cultura em que *todos* os funcionários aceitam a responsabilidade ou a segurança deles próprios, dos seus colaboradores, pacientes, e visitantes; (2) uma cultura que prioriza a segurança relativamente para fins financeiros e operacionais; (3) uma cultura que estimula e recompensa a identificação, a comunicação e a resolução de questões de segurança; (4) uma cultura que incentiva a aprendizagem organizacional com os eventos adversos; (5) uma cultura que fornece recursos, estrutura e responsabilidade apropriados para manter sistemas de segurança eficazes (NPSF, 2001).

2. Um modelo integrado de comportamento individual e organizacional baseado em convicções e valores partilhados, que procura continuamente minimizar o dano ao paciente e pode resultar dos processos de prestação de cuidados (COMMITTEE OF EXPERTS ON MANAGEMENT OF SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2005).

3. Os aspectos da cultura organizacional que terão impacto sobre atitudes e comportamentos relacionados com o aumento ou a diminuição do risco (GULDENMUND, 2000).

4. As atitudes, crenças e percepções compartilhadas por grupos naturais, como a definição de normas e valores, que determinam como eles agem e reagem em relação aos riscos e aos sistemas de controle de risco (SORENSEN, 2002).

5. É o produto de valores individuais e de grupo - atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento - que determinam o compromisso com a segurança, o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde. As organizações têm ambiente próprio, recebem influências e influenciam as várias pessoas que nelas atuam, sendo esses mesmos agentes os que contribuem para a formação da cultura da organização (WHO, 2009).

6. Os valores partilhados (o que é importante) e as crenças (como as coisas funcionam) que interagem com a estrutura de uma organização e com os sistemas

de controle para produzir normas (a forma como fazemos as coisas) (REASON, 1998).

7. Para melhorar a segurança do paciente na organização hospitalar, é imprescindível implementar uma política organizacional da cultura de segurança, embora seja um dos mais difíceis passos para os gestores. Inicialmente é essencial o rastreamento dos fatores organizacionais que impedem a criação de uma cultura de segurança, seja iniciado por um determinado grupo profissional ou na organização como um todo.

8. A organização hospitalar desejável é aquela que tem uma cultura de segurança aberta, justa e transparente com os profissionais, pois quando surge incidente, aprende-se com os acontecimentos e os erros, ao invés de culpar o profissional, estabelecendo uma abordagem sistêmica do problema, tornando-o uma forma de aprendizado; assim como, criam-se ferramentas para que o mesmo não venha ocorrer novamente ou também, maneiras de minimiza-lo (COX; COX, 1991; NIEVA; SORRA, 2003).

Em resumo, apesar da cultura de segurança do paciente ser considerada na literatura um conceito abrangente e que envolve o clima de segurança – conceito mais restrito e associado com a percepção dos profissionais – adotamos, no âmbito dessa investigação, que a definição da cultura de segurança do paciente da HSC, “*é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos, individuais e grupais, que determinam o estilo, a proficiência e o compromisso de uma organização saudável e segura*” (HSC, 1993, p. 03).

2.4 Modelos Explicativos da Cultura de Segurança

Nos últimos anos, inúmeras são as tentativas de desenvolver um modelo teórico que fundamente a cultura de segurança. Percebe-se que os modelos de base para as investigações foram, na maioria, o modelo de cultura organizacional desenvolvido por Edgar H. Schein (2009).

A partir dos conceitos de cultura organizacional de SCHEIN (1990, 2009), sendo essa última de forma mais elaborada, foram introduzidas três questões

relevantes, relacionadas ao problema da socialização, do comportamento e a cultura numa macro organização.

O modelo proposto por Schein (2009) pode analisar a cultura em três níveis diferentes, em que o termo *nível* se refere ao grau no qual o fenômeno cultural é visível ao observador. Os níveis abrangem desde as manifestações abertas muito tangíveis, que podemos ver e sentir, até aquelas inconscientes que estão encravadas profundamente e se definem como a essência da cultura.

Os três níveis de manifestações de cultura organizacional são o nível superficial, **Os Artefatos**, compreendido pelos processos e estruturas visíveis da organização; o nível intermediário, **As Crenças e os Valores**, que são as estratégias, objetivos e filosofias; e o nível mais profundo, **Suposições Básicas**, que são as percepções, reflexos, inconscientes e sentimentos (SCHEIN, 2009).

De modo geral, os artefatos se observam como características físicas e estruturais da organização. As crenças e os valores refletem as estratégias, os objetivos, as políticas e as regras de comportamento dos membros da organização que as utilizam como um modo de retratar a cultura para eles e para os outros. As suposições básicas se referem a ideias não verbais que estão no centro da organização, ou seja, são os valores básicos, e são inegociáveis para os membros do grupo. Esses níveis por um lado dificultam a ocorrência de mudanças na cultura organizacional no curto prazo, e por outro lado, leva a certa estabilidade ao longo prazo (DIAS, 2013).

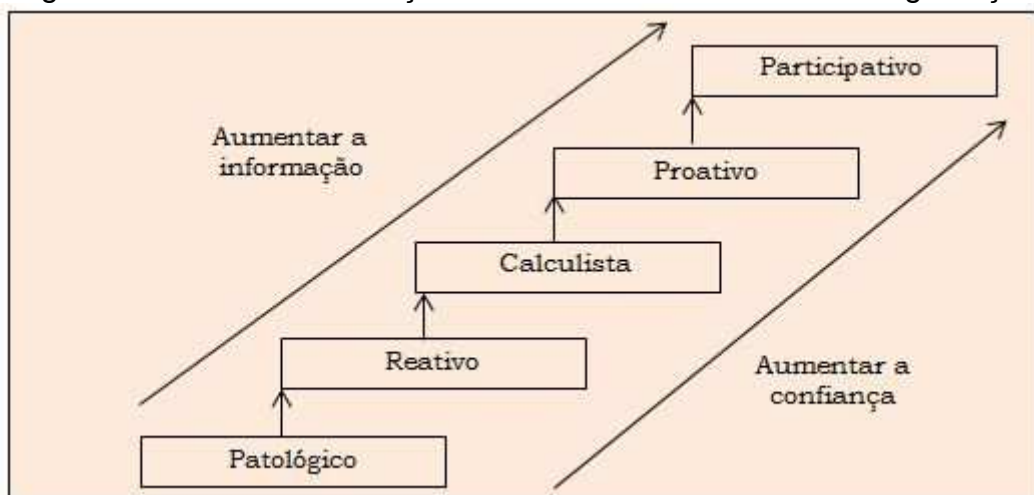
Existe o **Modelo de Evolução de Maturidade da Cultura**, proposto por Westrum, (1997), posteriormente adaptado por Hudson (2003b, 2001) onde inicialmente foram identificadas três fases: a patológica, a burocrática e a generativa. Com passar do tempo, distinguiu-se um número ligeiramente maior de fases e rotulou-se a fase burocrática como calculista. Em tese é mais fácil o líder aceitar que está sendo calculista do que burocrático.

Essa adaptação posterior da evolução de maturidade de cultura foi realizada por Hudson (2003b), em cinco níveis, conforme descrito na Figura 2:

- Estágio **Patológico** (*Pathological Stage*): a segurança é um problema causado pelos trabalhadores, e o ponto de preocupação se traduz no desejo de não ser pego pelos líderes reguladores;

- Estágio **Reativo** (*Reactive Stage*): a organização começa a levar a segurança a sério após a ocorrência de incidente, e somente após o fato é que se inicia ação corretiva e preventiva;
- Estágio **Calculativo/Calculista** (*Calculative Stage*): o sistema de gestão de segurança é impulsionado a partir da coleta de dados e melhorias são impostas pelos gestores ao invés de focar na força de trabalho;
- Estágio **Proativo** (*Proactive Stage*): os trabalhadores da organização começam a ter iniciativas de segurança visando melhoria dos processos, afastando a abordagem puramente hierárquica.
- Estágio **Participativo ou Construtivo** (*Generative Stage*): surge a participação ativa dos trabalhadores em todos os níveis hierárquicos, a segurança é percebida como fundamental ao negócio.

Figura 2 – Modelo de evolução de maturidade da cultura de segurança.



Fonte: Adaptado de HUDSON, 2003b.

O **Modelo de Donabedian** para avaliação da qualidade em saúde pode ser utilizado como referência-base para medição da segurança. Nesse modelo a proposta se circunscreve ao estudo da **estrutura**, do **processo** e do **resultado**. A dimensão estrutural leva em consideração características da área física, de recursos humanos, materiais, financeiros e do modelo organizacional, ou seja, como os cuidados são organizados. A dimensão do processo se refere às atividades desenvolvidas na produção de bens e serviços identificados no setor da saúde e nas relações entre profissionais e pacientes. Já a dimensão do resultado diz respeito à obtenção das características desejadas nos produtos ou serviços, isto é, os efeitos

da assistência à saúde do paciente, compreendida pelo resultado alcançado, figura 3 (DONABEDIAN, 1988; DONABEDIAN, 1993).

Figura 3 – Melhorando a Qualidade – Modelo de Donabedian.



Fonte: CHELLURI, 2008.

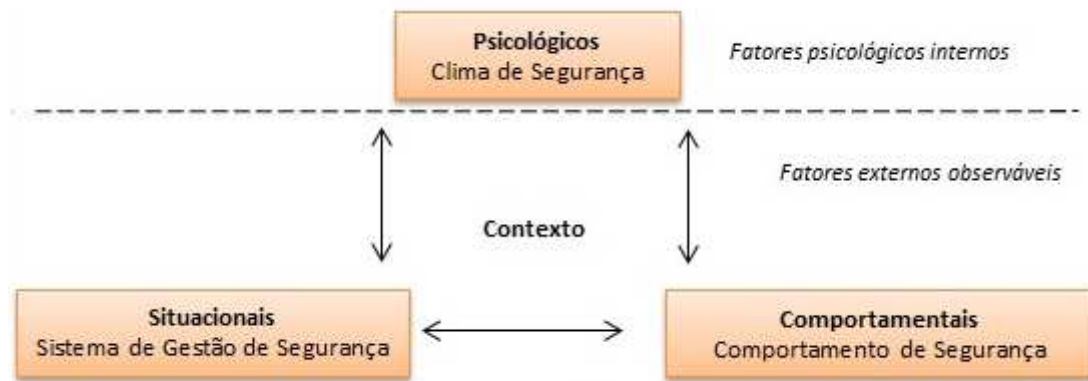
Um investigador Geller (2013) defende que o modelo ideal é aquele em que ações seguras estejam fundamentadas na interação dinâmica entre os fatores psicológicos, comportamentais e pessoais. Embora ainda não exista um modelo ideal e abrangente, espera-se que exista uma interação entre esses fatores, contidos na avaliação da cultura de segurança.

Este mesmo autor propôs o **Modelo de Segurança Total (MST)** – *Total Safety Culture (TSC)* abordando que o comportamento do indivíduo é fundamental para a segurança. Por isso, Geller (2013) conceitua o MST relacionando-o ao comportamento individual com o fator ambiental para com a segurança, em que todos estão envolvidos em ações. Na prática, o trabalho seguro é apoiado pelo retorno da informação entre os envolvidos.

O Modelo de Cooper (2000), denominado de **Modelo Recíproco da Cultura de Segurança**, foi adaptado baseado no Modelo de Determinismo Recíproco de Bandura (1990). Para Cooper (2000), a cultura de segurança é o produto de interações entre os fatores psicológicos, comportamentais e situacionais, por isso

oferece uma estrutura adequada para analisar essa cultura, pois vai ao encontro da natureza dinâmica do ser humano e das organizações no contexto da segurança, pressupondo uma relação de reciprocidade entre três elementos: os dois primeiros estão associados às atitudes e às percepções dos indivíduos, além da comunicação entre os membros do grupo com relação às dimensões de segurança, podendo esses dois fatores serem mensurados através de questionários e investigações observacionais. Por último, os fatores situacionais estão relacionados às estruturas da organização, como o ambiente e a tecnologia, podendo ser avaliados por meio de auditorias. A Figura 4 representa esse modelo que reflete a natureza dinâmica da cultura de segurança e os seus elementos constitutivos.

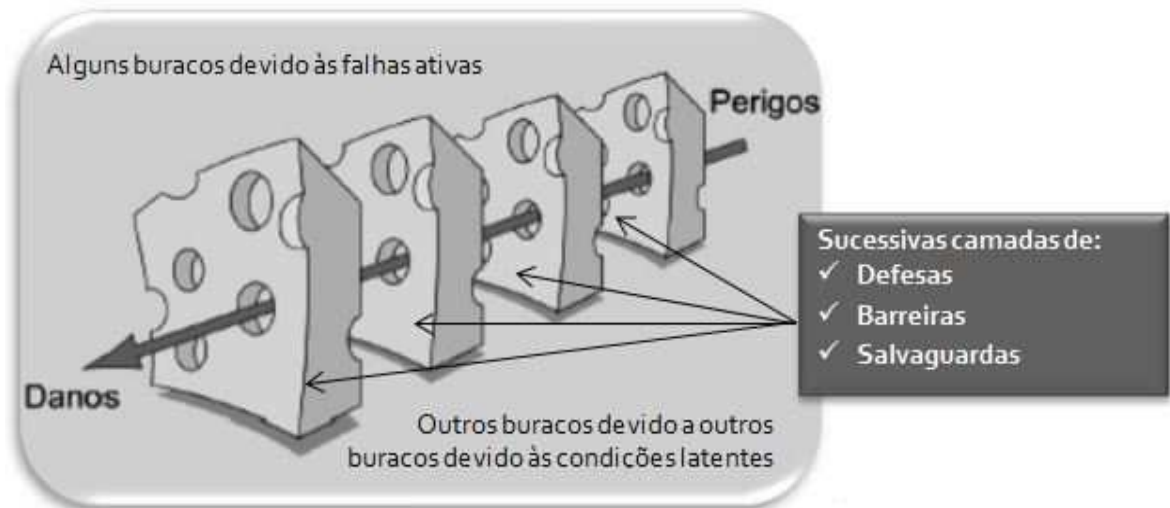
Figura 4 – Modelo Recíproco da Cultura de Segurança.



Fonte: Adaptado de COOPER, 2000.

Após o acidente de *Chernobyl* em 1986, foi realizada uma análise do ocorrido a partir da avaliação da cultura de segurança baseada no modelo de James Reason. Considerando que as organizações de saúde possuem um caráter multifatorial de falhas e desenvolvem atividades de alto risco, o **Modelo do “Queijo Suíço”** adaptado de Reason (2000), também chamado de modelo epidemiológico, tem sido empregado para análise de incidente na saúde por apresentar várias camadas defensivas, figura 5.

Figura 5 – Modelo do queijo suíço de James Reason.

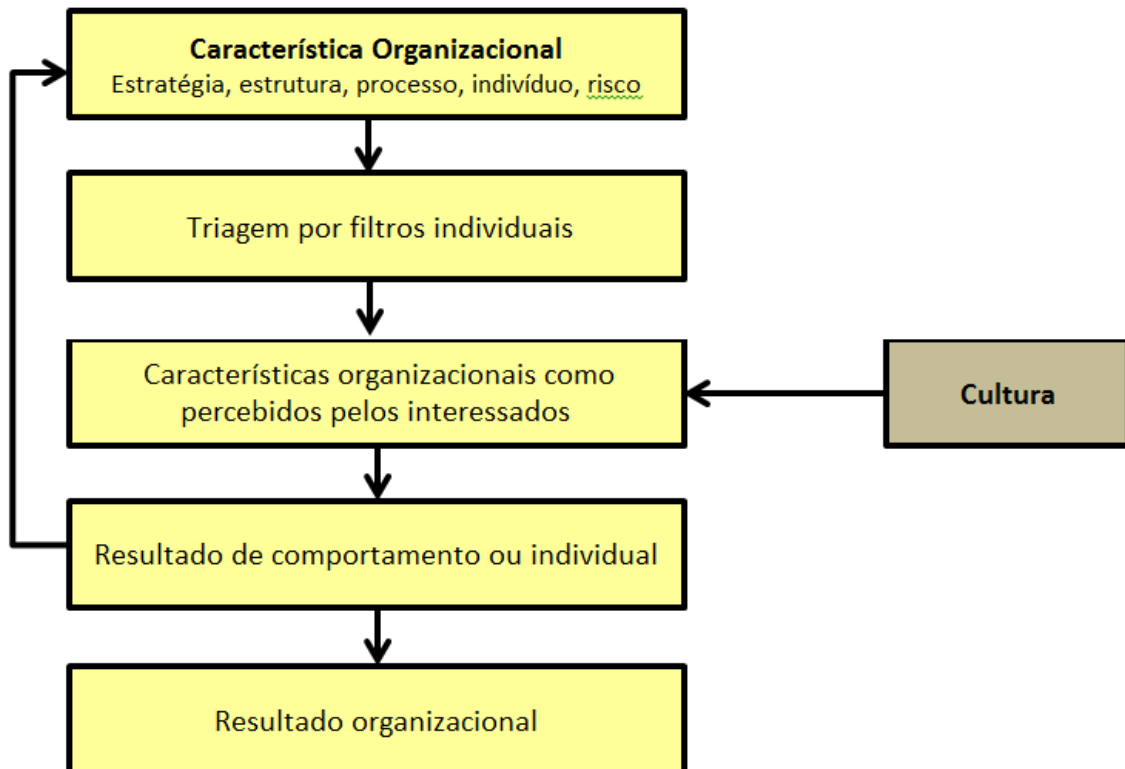


Fonte: Adaptado de REASON, 2000.

Nesse modelo são empregadas as barreiras com a função de prevenir que o incidente ocorra. Na prática, as barreiras defensivas são como as fatias de queijo suíço, por apresentarem vários orifícios, “buracos”, que ao atravessarem várias camadas, ficam dispostos em uma mesma linha, permitindo que a trajetória do incidente ou dano venha a ocorrer.

Em geral, é possível distinguir dois tipos de modelos da cultura de segurança: a) normativos ou prescritivos, que procuram descrever e especificar cultura de segurança por si só; e b) modelos descritivos ou empíricos, que tentam resumir os resultados de uma ou várias organizações estudadas. O modelo de funcionamento da cultura de segurança de Glennon (1982) é do tipo normativo, por descrever a causa, o conteúdo e as consequências da cultura de segurança, figura 6.

Figura 6 – Modelo de Glennon de funcionamento da cultura organizacional.



Fonte: GULDENMUND, 2000.

Glennon operacionaliza a cultura de segurança como a percepção da realidade organizacional, o que parece sugerir uma espécie de medição de atitude, mas apenas em parte, porque as percepções não são idênticas com as atitudes.

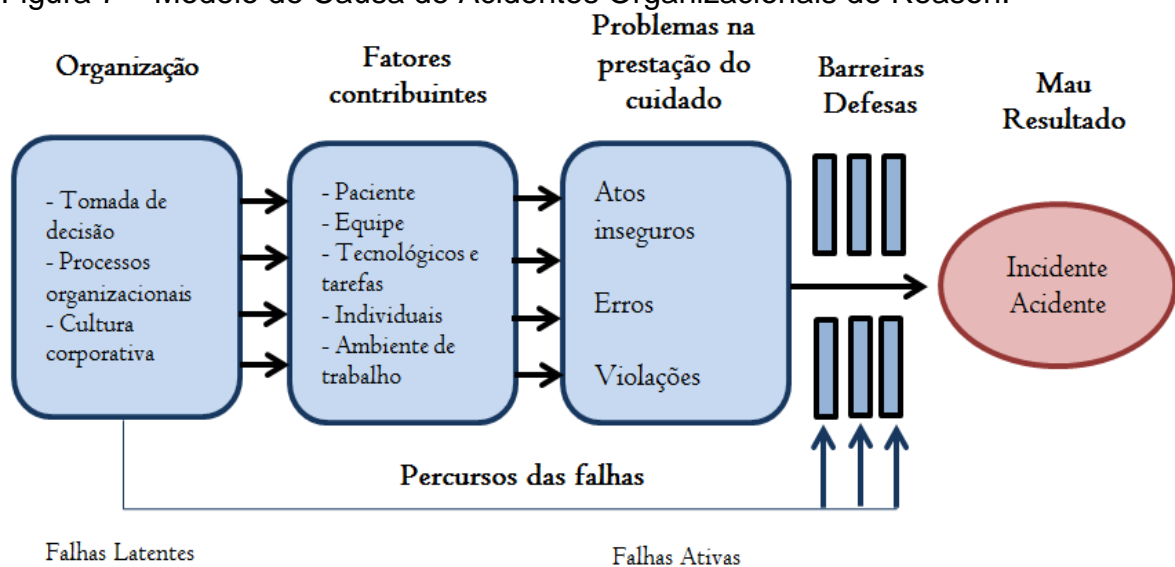
Baseado em publicações sobre as causas do acidente de *Chernobyl*, conclui-se que as ações humanas contribuíram para a ocorrência do desastre, pois foi violada uma série de normas e regras associadas às falhas latentes (REASON, 2000).

Como outros modelos existentes, o modelo de Reason considera não somente os profissionais envolvidos no evento, mas também as condições de trabalho, as falhas latentes e as falhas ativas, em que os eventos acontecem como consequência desses dois tipos de falhas. A primeira está associada às decisões dos gestores e ao processo organizacional, e contribuem de maneira significativa para que os erros ativos se tornem visíveis. Já a segunda está relacionada com ações inseguras individuais, como omissões, lapsos, falhas de memória e violação de normas ou regras (FRAGATA; MARTINS, 2014).

Considerando as organizações da saúde como empresas de alto risco, o **Modelo de Reason** tem sido o modelo da avaliação da cultura de segurança mais adaptado para o contexto da saúde (VINCENT, 2009).

Com base no **Modelo de Causa de Acidentes Organizacionais** de James Reason (figura 7) vários investigadores (VINCENT; ADAMS; STANHOPE, 1998) incorporaram ao esquema outros fatores envolvidos no processo do erro e os “buracos” que ocorreram nas barreiras. Essa ferramenta foi idealizada para auxiliar os gestores da saúde na avaliação dos diversos fatores envolvidos na ocorrência dos eventos adversos e as maneiras de preveni-los. Esse modelo denominado como Mark II foi desenvolvido no início e meados da década de 1990, focado em três aspectos: organização, local de trabalho e pessoa; mas estendeu a única camada defensiva para três camadas. O objetivo era o de permitir uma maior especificidade em relação às influências em cada nível.

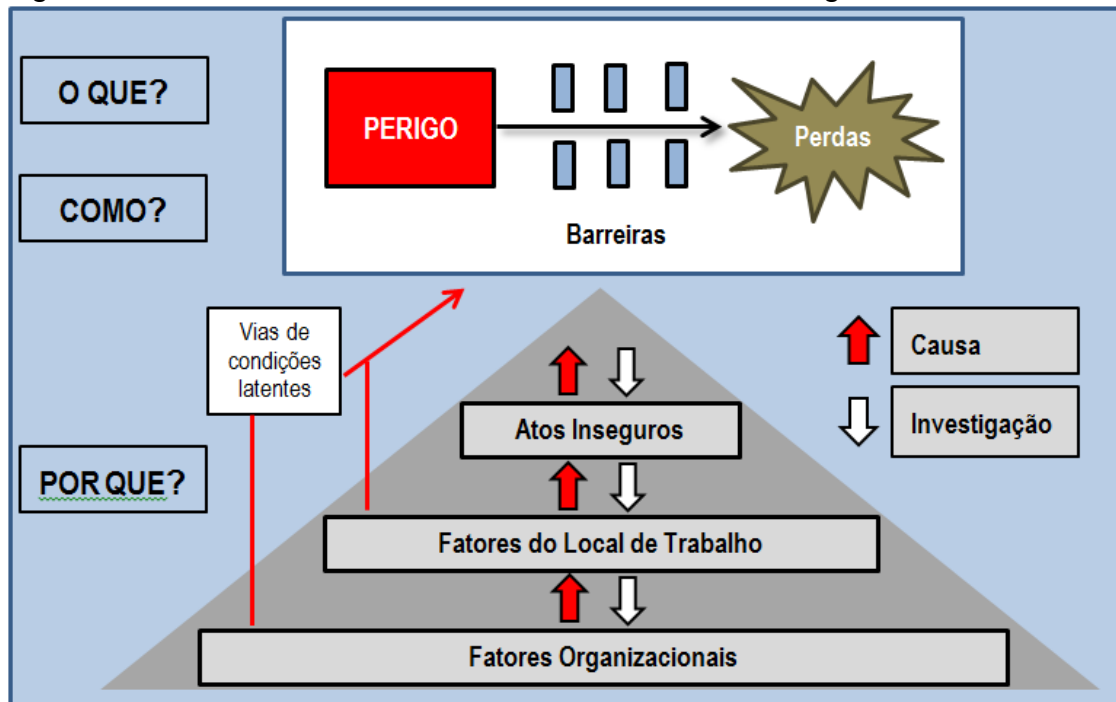
Figura 7 – Modelo de Causa de Acidentes Organizacionais de Reason.



Fonte: Adaptado de REASON, 2005.

O **Modelo de Gestão dos Riscos de Acidentes Organizacionais**, versão Mark III (REASON, 1998), figura 8, surgiu havendo uma série de mudanças significativas.

Figura 8 – Modelo de Gestão dos Riscos de Acidentes Organizacionais.



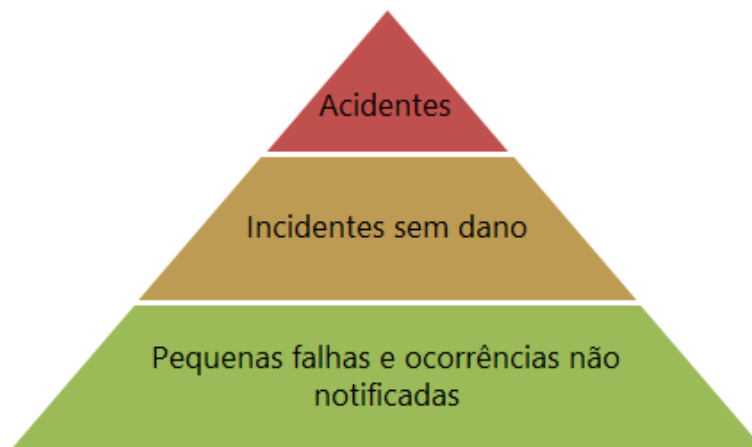
Fonte: REASON, 1998.

Esse modelo possui a premissa inicial de que qualquer modelo de causa de acidente deve ter três elementos básicos: perigos, defesas e perdas. Os "planos" são apresentados como fatias de queijo suíço indisfarçado, mas eles não são rotulados. Eles incluem muitas barreiras, defesas, as salvaguardas e os controles que qualquer sistema pode possuir. Uma adição importante, nesse modelo, foi a explicação de como surgem os buracos, lacunas ou deficiências.

As violações de curto prazo podem ser criadas pelos erros e violações dos profissionais da linha de frente. Já as lacunas mais duradouras e perigosas são criadas pelas decisões dos líderes, gestores e diretores. Sabe-se que uma condição não é uma causa, mas é necessário um fator causal para ter um impacto, por exemplo, o oxigênio é uma condição necessária para o fogo, mas a sua causa é uma fonte de combustão. A existência de condições latentes é universal em todas as organizações, independentemente de seu registro de acidente.

Baseado na pirâmide de Heirinch (COLLINS, 2011), figura 9, existem quatro tipos de ocorrências no ambiente de trabalho: acidentes significativos, incidentes sem lesão, defeitos ou falhas e ocorrências não notificadas.

Figura 9 – Pirâmide de Heirinch.



Fonte: Adaptado de COLLINS, 2011.

Para dar forma e estrutura à culpa, Reason (1998) descreveu uma “matriz de culpa” que, por sua vez possui origem na aviação e posteriormente foi adaptada para ser usada na saúde pela *National Patient Safety Agency* (NPSA – Agência Nacional de Segurança do Paciente do Reino Unido) em sua “**Árvore de Decisão para Incidentes**” – *The Incident Decision Tree*. Essa ferramenta de análise exige uma descrição minuciosa do caso, alguma consideração sobre a rede de causa e fatores contribuintes, assim como das intenções e circunstâncias dos indivíduos envolvidos. Tem por propósito auxiliar o gestor a decidir a respeito de suspender ou não a sanção de profissionais que tenham se envolvido em incidentes de segurança.

Outra ferramenta também desenvolvida pela NPSA foi a **Análise de Causa-Raiz** – *The Root Cause Analysis* – idealizada para nortear a análise de um incidente de segurança do paciente, por meio do levantamento, no local de trabalho, dos fatores organizacionais e sistêmicos que contribuíram para a ocorrência do incidente.

A WHO (2008) baseada em James Reason (1990) compreende a causa do acidente fundamentado no **Modelo de Cultura Informada** (*Informed Culture*) que é composto por uma **cultura justa, cultura de notificação de incidentes e cultura de aprendizagem**. Ocorre a cultura justa quando há consenso entre os membros do grupo, geralmente associados aos comportamentos. A cultura de notificação de

incidentes é quando os indivíduos são encorajados a expressarem sobre seus erros, notificando-os. Por último, a cultura de aprendizagem ocorre a partir das notificações ou através de banco de dados de informações de eventos, em que a organização direciona os mesmos para o aprendizado organizacional. O **Sistema de Notificação de Incidente** é uma ferramenta que concentra o registro ou notificação dos incidentes realizados pelos profissionais, que tenham atingido ou não o paciente, contribuindo para o entendimento e identificação das falhas na organização.

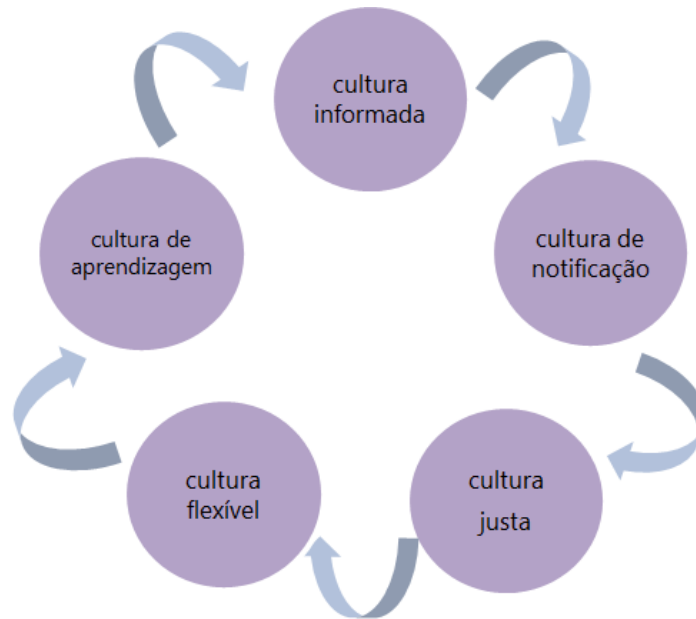
Em paralelo aos estudos, aos modelos e às ferramentas, a WHO tem estimulado o progresso e a avaliação da cultura de segurança nas instituições de saúde, pautada numa comunicação clara e aberta, no desenvolvimento do trabalho em equipe e na prática de atividades focadas na segurança do paciente, por considerar que a área da saúde também desempenha ações de alto risco. Portanto, as instituições de saúde precisam incorporar valores, crenças e atitudes que sustentem o desenvolvimento de atividades seguras entre e para os profissionais de saúde, de modo a oferecer uma prestação de cuidado livre de danos (WHO, 2009).

Tanto Reason (1998) quanto a WHO (2008) recomendam que numa organização deve haver uma cultura de segurança pautada nas seguintes características:

- de notificação, em que os profissionais estão preparados para notificar os seus erros, falhas, lapsos e violações;
- de confiança, em que os profissionais são incentivados e até mesmo recompensados para fornecer informações relacionadas com a segurança, desde que exista clareza entre o comportamento aceitável e o inaceitável;
- de um sistema de informação de segurança que colete, analise e dissemine as informações resultantes dos incidentes e *near misses* (incidente que não alcançou o paciente), bem como de verificações regulares pró-ativas;
- de flexibilidade em termos da capacidade de reconfigurar a estrutura organizacional face a um ambiente de trabalho dinâmico e exigente;
- de competência para tirar conclusões adequadas, a partir do seu sistema de segurança, e estar disposto a implementar reformas, sempre que necessário.

Destacam-se na figura 10 os componentes de uma cultura de segurança.

Figura 10 – Componentes da cultura de segurança.



Fonte: REASON, 1998.

Pizzi, Goldfarb e Nash (2001) afirmam que enquanto uma definição exata de uma cultura de segurança não existir, um tema recorrente na literatura é que as organizações com culturas de segurança eficazes partilhem um compromisso constante com a segurança como uma prioridade de alto nível, que permeie toda a organização. Mais concretamente, os componentes incluem:

- O reconhecimento de que as atividades de uma organização possuem alto risco e que por isso são mais propensas a erros;
- Um ambiente sem culpa onde os profissionais são capazes de relatar erros ou *near misses* sem punição;
- Expectativa de colaboração entre todos profissionais, independente da hierarquia, para procurar soluções para as vulnerabilidades;
- Vontade por parte da organização de direcionar recursos para responder às preocupações de segurança.

Com base em extenso trabalho de campo em várias organizações, Roberts (1993) observou diversos valores culturais comuns que reforçam a fiabilidade das organizações: responsabilidade interpessoal; centralização no indivíduo; colegas de trabalho com votos de apoio mútuo; amigáveis relações pessoais abertas e sensíveis; criatividade; atingir metas; fortes sentimentos de credibilidade; fortes sentimentos de confiança interpessoal; resiliência.

Reason (2000) destaca três elementos de culturas que não vão de encontro com a qualidade, que é a culpabilização do profissional de linha de frente; a negação

da existência de fragilidade que leva à ocorrência do erro; a perseguição da produtividade e os indicadores financeiros.

Posterior ao resultado do trabalho de Singer (2007) identificou sete componentes da cultura de segurança presentes em organizações de elevada fiabilidade:

1. Compromisso com a segurança articulada nos níveis mais elevados da organização e traduzidos em valores partilhados, crenças e normas de comportamento a todos os níveis.
2. Recursos necessários, incentivos e recompensas, atribuídos pela organização para permitir que esse compromisso venha a ocorrer.
3. A segurança é valorizada como uma prioridade, mesmo à custa da "produção" ou da "eficiência"; os profissionais são recompensados por errar desde que conscientes do erro.
4. Comunicação entre os trabalhadores e todos os níveis da organização é frequente e sincera.
5. Os atos inseguros são raros apesar dos elevados níveis de produção.
6. Há uma abertura sobre os erros e os problemas, em que os erros são notificados quando ocorrem.
7. A aprendizagem organizacional é valorizada; a resposta a um problema concentra-se em melhorar o desempenho do sistema ao invés de se centrar na culpa individual.

Criar uma cultura de segurança não é uma tarefa muito fácil para os gestores dentro da instituição hospitalar (WACHTER, 2010). Apesar das definições, conceitos, dimensões, mensurações e diversas pesquisas realizadas na temática, é difícil a implantação efetiva de uma cultura de segurança no âmbito hospitalar por se tratar de aspecto multifatorial. Não é um processo rápido, pois demanda mudanças individuais, institucionais e nas relações entre elas, principalmente porque uma mudança cultural reflete a visão, entendimento e interpretação de todo processo. Sabe-se que a cultura de segurança dentro de uma organização pode variar acentuadamente em diferentes setores e em diferentes grupos profissionais.

De acordo com Vincent (2009) a enfermagem tende a ter uma postura disciplinar mais rígida e atitudes mais duras em relação aos erros do que os médicos. Erros cometidos por enfermeiros são frequentemente passíveis de avisos ou sanções formais, muito mais que em outros grupos profissionais.

A dimensão da cultura de segurança perpassa pelo mesmo desacordo no conceito teórico (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011). É evidente na literatura que não há um consenso sobre as dimensões que compõem a cultura de segurança, pois observa-se variação em diversas e diferentes combinações de dimensões. É de se destacar que as dimensões da cultura de segurança apareceram como fruto da análise fatorial a partir de instrumentos quantitativos de mensurações variados.

Certamente é indiscutível que existem algumas necessidades prioritárias a enfrentar para alcançar uma cultura de segurança positiva. Conforme, o HSC (2001, 2000), através da divulgação dos relatórios do *Ladbroke Grove Inquiry*, aponta cinco prioridades de destaque: compromisso com a liderança de segurança, comunicação eficaz fundada na confiança, motivação pessoal, aprendizagem contínua e cultura da culpa. Além dessas, a *Health And Safety Executive* (HSE) destaca que existem outros fatores associados, como: elevada qualidade de formação, recursos atribuídos, satisfação no trabalho, pressões externas e enfoque na segurança do paciente (HSE, 2002).

Outro autor, Vincent (2006), descreve que uma cultura de segurança do paciente se baseia nas seguintes características (figura 11).

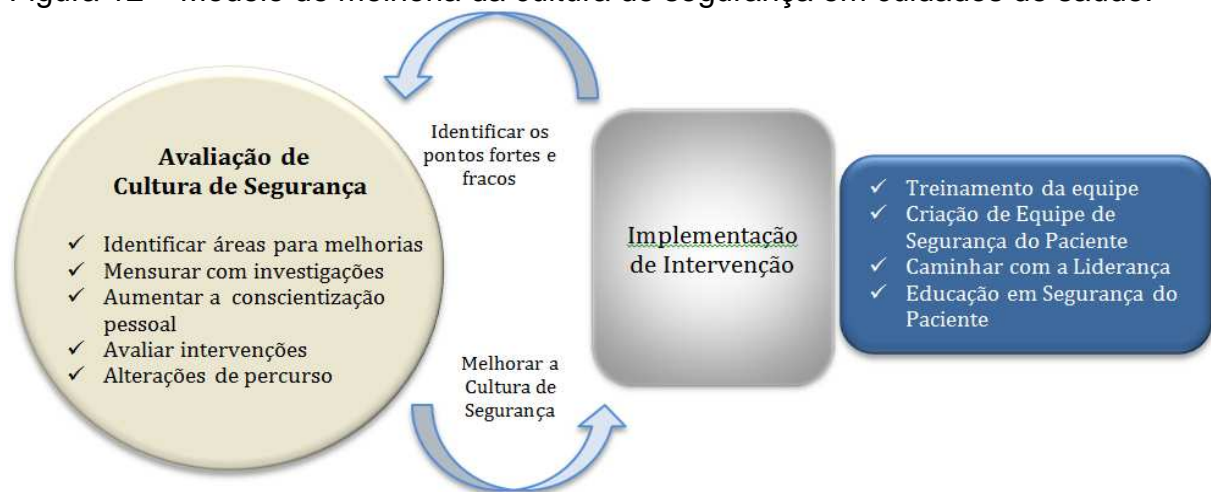
Figura 11 – Características de uma Cultura de Segurança do Paciente



Fonte: VINCENT, 2006.

Halligan e Zecevic (2011) menciona que o primeiro passo na construção de melhoria da cultura de segurança seria uma avaliação da cultura de segurança através de investigações. Um processo contínuo de medir, melhorar e avaliar a cultura de segurança deve então ser realizado nas organizações de saúde. O modelo emergente de melhoria inclui um processo contínuo de identificação de pontos fortes e fracos, as intervenções de execução e de avaliação (figura 12). Esse modelo emergiu a partir dos conceitos-chave realizados na revisão de literatura pelo autor.

Figura 12 – Modelo de melhoria da cultura de segurança em cuidados de saúde.



Fonte: HALLIGAN; ZECEVIC, 2011.

Atingir uma cultura de segurança do paciente requer uma compreensão dos valores, crenças e normas sobre o que é relevante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados com a segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados (AHRQ, 2008).

A partir da literatura e da experiência de Wachter (2010), existem alguns elementos que contribuem para uma cultura de segurança das organizações de saúde, como liderança forte e “vencedora”; utilizar exemplos da aviação; utilizar simuladores para treinamento de comunicação; formação de qualidade e treino ao longo da vida do profissional.

Reason (1998) menciona que os acidentes podem ser individuais ou organizacionais. O quadro 4 destaca algumas diferenças. No individual a causa é uma pessoa ou grupo específico. Os danos às pessoas envolvidas podem ser grandes, mas a sua disseminação é limitada. Já o organizacional possui causa múltipla que envolve muitos indivíduos operando em diferentes níveis dentro de suas respectivas instituições. Geralmente é fruto de um produto de inovação tecnológica

que altera radicalmente a relação entre os sistemas e seus elementos humanos. Talvez a distinção mais importante entre os acidentes individuais e organizacionais encontra-se na quantidade, qualidade e variedade das defesas, barreiras e salvaguardas que protegem indivíduos e bens contra os riscos operacionais locais.

Quadro 4 – Distinguindo as características dos acidentes individuais e organizacionais.

Individuais	Organizacionais
Frequente	Raro
Consequências limitadas	Consequências gerais
Poucas ou nenhuma defesa	Muitas defesas
Causas limitadas	Causas múltiplas
Deslizes, tropeços e lapsos	Produto da nova tecnologia
Breve história	Longa história

Fonte: REASON, 1998.

Reason (2000) afirma que “*não podemos mudar a condição humana, mas podemos mudar as condições em que os humanos trabalham*”, de modo a promover um cuidado em saúde mais seguro.

Há um guia de referência da *National Patient Safety Agency* (NPSA, 2004) que identifica sete passos para a Segurança do Paciente (*Seven Steps for Patient Safety*) na prática em geral, destacando o primeiro passo como a criação de uma cultura de segurança pautada em realizar uma auditoria para avaliar a cultura de segurança da sua equipe; realçar sucessos e realizações para melhorar a segurança e ser aberto e honesto quando as coisas dão errado; aplicar o mesmo nível de rigor a todos os aspectos da segurança, incluindo a comunicação de incidentes e investigação, reclamações, saúde e segurança; a proteção do profissional; auditoria de evento significativa e garantia de qualidade clínica.

As organizações de saúde com uma cultura de segurança forte são aquelas que se envolvem com a segurança do paciente de forma proativa relatando e aprendendo com os incidentes, de modo que outros setores dentro da organização podem aprender com as suas experiências (NPSA, 2004). Para a NPSA uma cultura de segurança forte requer:

- **Liderança** - toda a equipe mostra acreditar em uma boa cultura de segurança e os líderes estão preparados para lidar com situações de erro.

- **Trabalho em equipe** - o papel de cada membro na promoção da segurança a ser reconhecido e valorizado.
- **Responsabilidade** - responsabilidade por suas ações e prestação de contas em quatro níveis: profissional, legal, ético e contratual.
- **Entendimento** - mudando da culpabilização do indivíduo para o reconhecimento dos fatores sistêmicos de segurança do paciente.
- **Comunicação** - assumir que os profissionais tenham compreendido a importância da segurança do paciente e do reconhecimento dos riscos; lembrá-los sobre as boas práticas; torná-lo banal e fácil para que todos os membros da equipe possam expressar suas preocupações, tendo o cuidado de reduzir o impacto das relações hierárquicas.
- **Consciência da pressão da carga de trabalho** - quando estão ocupados, os riscos aumentam.
- **Os sistemas de segurança** - sistemas robustos para serem colocados em prática para evitar erros comuns.

Na investigação de Halligan e Zecevic (2011) foram revisados 137 artigos, dos quais 58 usaram a teoria para orientar seus estudos ou propostas de teorias para mover a pesquisa da cultura de segurança em ambiente de cuidados de saúde, já o restante dos estudos não indica sua raiz epistemológica ou teórica. Dentro desses estudos, 32 diferentes teorias surgiram, e alguns estudos empregaram mais do que uma teoria ou modelo. As cinco teorias mais frequentemente adotadas estão resumidas no quadro 5.

Quadro 5 – Cinco teorias ou modelos mais citados em estudo da cultura de segurança.

Teoria ou Modelo	Citado	Descrição
Teoria da Organização de Alta Confiabilidade (HRO)	16	Os sistemas complexos de gestão e humanos não são suficientemente complexos para detectar e antecipar os problemas gerados pelo sistema. Organizações adequadas de pessoas, processos e tecnologia podem lidar com atividades complexas e perigosas, melhorando a confiabilidade (REASON, 1998).
Modelo de Maturidade Cultural	7	Cultura de segurança evolui através de cinco níveis de maturidade, desde patológica até o participativo. Cada nível descreve o estágio de desenvolvimento da cultura de segurança. Esta informação pode permitir que as organizações façam o diagnóstico do seu atual nível de maturidade, identifiquem áreas fortes e frágeis, e as ações para alcançar o próximo nível (HUDSON, 2003a).
Modelo de	5	As organizações de saúde podem ser descritas em termos de

Donabedian – Processos - Estrutura - Resultado		estrutura, processo e resultados. Estrutura é definida como as condições em que os cuidados são prestados (materiais, recursos humanos, características organizacionais). Processo inclui atividades de prestação de cuidados. Os resultados são resultados ou mudanças que podem ser atribuídos aos cuidados. Cada componente é dinâmico e transacional e pode influenciar os resultados de segurança (DONABEDIAN, 1988).
Teoria Organizacional	4	Para entender a cultura organizacional é preciso olhar para um número de características organizacionais, como da concepção, do ambiente de trabalho, da linguagem cotidiana e das atitudes dos trabalhadores na organização (REASON, 1998).
Teoria dos Sistemas	4	O estado final de um sistema pode ser alcançado a partir de condições iniciais diferentes e de maneiras diferentes. Assim, uma organização com um determinado conjunto de atributos culturais pode ser bem sucedida em alcançar a segurança do paciente, enquanto outra organização com um conjunto diferente de atributo cultural também pode potencialmente atingir o mesmo nível de sucesso (NIEVA; SORRA, 2003).

Fonte: HALLIGAN; ZECEVIC, 2011.

Diante do levantamento realizado foi observado que não há uma única teoria ou modelo que dê conta das discussões, das dimensões e das propriedades que entrelaçam a cultura de segurança do paciente nos cuidados de saúde hospitalar.

2.5 Instrumentos para Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente

Há quinze anos o IOM recomendou melhorar a segurança do paciente, abordando questões da cultura de segurança do paciente. Desde então, pesquisas que medem essa cultura começaram a surgir com resultado preditivo para a saúde.

Há uma variada quantidade de questionários da cultura de segurança (THE HEALTH FOUNDATION, 2011). A escolha do instrumento deverá levar em consideração alguns fatores, principalmente os tipos de dimensões avaliadas, os profissionais envolvidos, o ambiente e o acesso à evidência quanto à validade e fiabilidade (NIEVA; SORRA, 2003; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Um estudo (COLLA, 2005) comparou nove questionários com base nas dimensões, características gerais e psicométricas. Estes investigadores mencionaram que todos utilizam escala de *Likert* e há cinco dimensões comuns: liderança; políticas e procedimentos; recursos humanos; comunicação e notificação; diferença nos testes psicométricos.

Muitos instrumentos disponíveis a partir da literatura ainda não foram submetidos a uma análise psicométrica para testar a estrutura, fiabilidade e validade (SORRA et al., 2007). Por isso, recomenda-se aos investigadores que utilizem instrumentos que sejam validados e cujas propriedades psicométricas sejam avaliadas e divulgadas, e ainda identificado o objetivo da avaliação (EIRAS et al, 2011).

A cultura de segurança nos serviços de saúde é avaliada por meio de questionários, na sua maioria quantitativa (FLEMING, 2005) que varia no número de dimensões, itens e confiabilidade. Foram identificados na literatura diversos instrumentos que avaliam a cultura de segurança no ambiente hospitalar.

Nesse sentido, prosseguiu-se com um levantamento na literatura, no qual foi identificada uma variada quantidade de instrumentos para avaliar a cultura de segurança do paciente no ambiente dos cuidados de saúde. No estudo de Halligan e Zecevic (2011) foram constatados doze diferentes instrumentos, sendo citados os quatro mais utilizados; *The Health Foundation* (2011) lista vinte e quatro questionários; e Colla (2005) menciona nove instrumentos (Quadro 6).

Quadro 6 – Instrumentos para avaliação da cultura de segurança do paciente.

Fonte	Denominação dos Instrumentos
HALLIGAN; ZECEVIC, 2011	<ul style="list-style-type: none"> -Hospital Survey on Patient Safety Culture -Safety Attitudes Questionnaire -Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey -Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument
THE HEALTH FOUNDATION, 2011	<ul style="list-style-type: none"> -Checklist for Assessing Institutional Resilience -Culture of Safety Survey -Danish Patient Safety Culture Questionnaire -Error Orientation Questionnaire -Hospital Culture Questionnaire -Hospital Survey on Patient Safety -Hospital Survey on Patient Safety Culture -Manchester Patient Safety Assessment Framework -Nursing Unit Cultural Assessment Instrument -Patient Safety Climate in Aesthesia -Patient Safety Culture Questionnaire -Patient Safety Culture in Healthcare Organisations Survey -Safety Attitudes Questionnaire

	<ul style="list-style-type: none"> -Safety Climate Assessment Tool -Safety Climate Scale -Safety Climate Survey -Stanford Safety Culture Instrument -Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire -Trainee Supplement Survey -TUKU – Safety Culture in Health Care Safety -Veterans Affairs Palo Alto / Stanford Patient Safety Center for Inquiry -Veterans Health Administration Patient Safety Culture Questionnaire -Vienna Safety Culture Questionnaire -World Alliance for Patient Safety Hand Hygiene Campaigns Healthcare – Units Survey on Patient Safety Culture
COLLA, 2005	<ul style="list-style-type: none"> -Strategies for Leadership: An Organizational approach to patient safety -Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations -Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire -Hospital Survey on Patient Safety -Culture of Safety Survey -Safety Attitude Questionnaire -Safety Climate Survey -Medication Safety Self Assessment -Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey

Fontes: HALLIGAN; ZECEVIC, 2011, THE HEALTH FOUNDATION, 2011, COLLA, 2005.

Investigadores (FLIN et al., 2006) realizaram uma revisão sistemática da literatura para avaliar doze instrumentos da cultura de segurança nos cuidados à saúde. Foram observadas as características de concepção do questionário, tipo de escala, validade de constructo (conteúdo, estrutura fatorial e consistência interna, validade concorrente), e nível de análise dos dados. O instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* foi o que evidenciou melhor avaliação e reuniu mais dos critérios psicométricos específicos do que os outros revisados.

Outro estudo (EIRAS et al, 2011) comparou dois instrumentos, *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e *Safety Climate Survey* (SCS). Parece-nos que avalia um maior número de dimensões quanto à cultura de segurança do paciente, permitindo assim um diagnóstico mais preciso e abrangente no contexto hospitalar. O mesmo achado foi observado no estudo comparativo (COLLA, 2005) envolvendo nove instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente, permitindo evidenciar que esse instrumento imprime melhor robustez às suas dimensões.

Muitos questionários disponíveis a partir da literatura ainda não possuem uma análise psicométrica completa para testar a estrutura, confiabilidade e validade (FLIN et al., 2006).

Em resumo, a recomendação realizada pelos órgãos competentes nacionais e internacionais é de grande valia no estabelecimento e identificação da cultura de segurança do paciente no ambiente de saúde, pois identifica áreas fortes e frágeis entre as dimensões da unidade/setor e hospital. Sabe-se que esse processo de avaliação é a primeira fase para a gestão hospitalar que objetiva melhoria no ambiente de cuidados de saúde para promover a segurança do paciente.

Após observar o melhor instrumento para avaliar a cultura de segurança do paciente nas instituições envolvidas nesse estudo, por diante apresentaremos com maior detalhe o instrumento do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).

2.5.1 O Instrumento do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)

Após levantamento e achados da revisão de literatura, optou-se pela utilização nesse estudo do questionário do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Elaborado por duas pesquisadoras (SORRA; NIEVA, 2004) em parceria com a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) nos EUA, após levantamento bibliográfico na área de acidente, erros médicos, gerenciamento da segurança e prevenção de acidentes; clima e cultura organizacional; segurança do paciente; erros em serviços de saúde e notificação dos eventos adversos. Além disso, as idealizadoras do questionário realizaram uma revisão de outros questionários publicados para avaliar a cultura de segurança do paciente (SORRA et al., 2007).

A AHRQ se dedica à qualidade, ao acesso a serviços e à efetividade dos cuidados de saúde, tendo como principal objetivo o de auxiliar os gestores a identificar possíveis eventos adversos, avaliar a ocorrência de problemas e incidentes no cenário hospitalar, analisar as causas, e buscar soluções práticas e culturalmente aceitáveis para evitar supostos danos aos pacientes (KASS-BARTELMESS, 2002).

A principal justificativa da escolha desse instrumento é a sua vasta utilização em diversos países do mundo. Mencionado no *site* da AHRQ, leva em torno de 10 a 15 minutos para ser preenchido, possui validação transcultural e análise

psicométrica, no Brasil e em Portugal. Já foi traduzido para 24 países (REIS, 2013; PIMENTA, 2013; EIRAS ET AL, 2011; JACKSON, 2010; HANDLER, 2006).

Contudo, recomenda-se que o instrumento utilizado para se avaliar o que se propõe seja preciso, claro, fidedigno, válido e eficiente, para que se possa alcançar um padrão elevado de mensuração (FLIN et al., 2006; SCHEIN, 2009), ou seja, o critério deve ser extremamente rigoroso para que os resultados obtidos possam retratar a realidade da instituição.

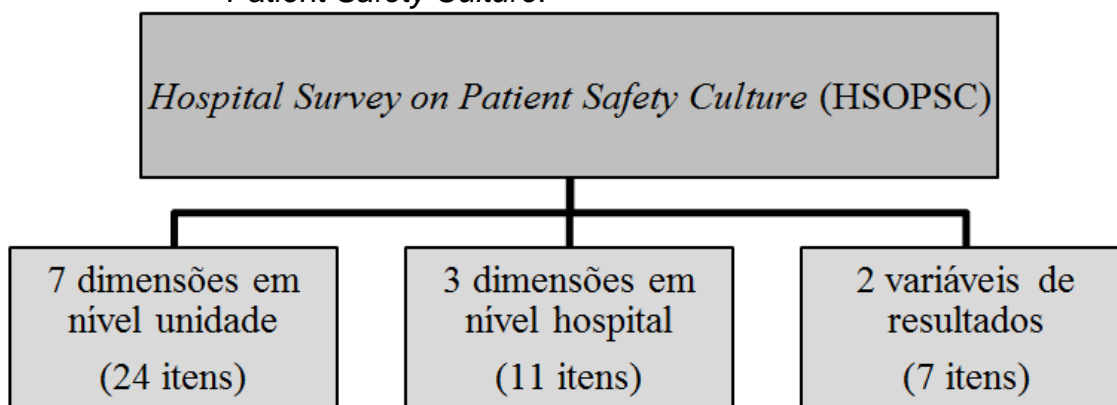
Há uma série de razões em utilizar-se de um instrumento confiável e de impacto a nível mundial para se medir características da cultura de segurança do paciente em cenários hospitalares, inclusive em âmbitos distintos, sendo a cultura de segurança um dos indicadores para auxiliar os gestores de risco na identificação e investimento em áreas as quais merecem na instituição de saúde (SORRA; NIEVA, 2004).

É um questionário que avalia múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e questiona o participante sobre perguntas importantes sobre a segurança do paciente e questões implícitas da cultura de segurança, de valores, de crenças e das normas da instituição de saúde, de relato de eventos adversos, de liderança, de carga de trabalho, de gestão e de comunicação. Possibilita mensurar a percepção de cada funcionário e por unidade/serviço do hospital, seja com contato direto ou indireto com o paciente, como é o caso do funcionário que exerce atividade administrativa no hospital.

Pode-se avaliar com esse instrumento os seguintes objetivos: levantar áreas cuja cultura de segurança necessita de melhorias; avaliar a efetividade de ações implementadas para melhorar a segurança ao longo do tempo; aferir medidas interna e externa; possibilitar comparações com outras organizações de saúde hospitalar; fortalecer as dimensões positivas da cultura de segurança e priorizar as frágeis que necessitam ser melhoradas (SORRA; NIEVA, 2004).

Para a AHRQ, o instrumento do HSOPSC compreende 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, sendo que cada dimensão possui seus respectivos itens, variando de 3 a 4 itens, totalizando 44 itens. As 12 dimensões são agrupadas em três aspectos, ao nível de unidade/serviço, ao nível do hospital e de variáveis de resultados, conforme ilustra a figura 13. Além desses mencionados, existem mais dois indicadores, abrangendo somente um item cada.

Figura 13 – Dimensões da Cultura de Segurança, do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.



Fonte: SORRA; NIEVA, 2004.

Conta-se com algumas perguntas relacionadas com as informações do perfil sócioprofissional, que pode variar conforme a necessidade de cada objetivo do estudo (SORRA; NIEVA, 2004).

No âmbito/nível da unidade são avaliadas as seguintes dimensões (SORRA; NIEVA, 2004):

1. Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços;
2. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefes;
3. Aprendizado organizacional;
4. Retorno da informação (*feedback*) e comunicação a respeito de erro;
5. Abertura de comunicação – melhoria contínua;
6. Profissionais (quadro de pessoal);
7. Respostas não punitivas aos erros.

No âmbito/nível do hospital são avaliadas as seguintes dimensões (SORRA; NIEVA, 2004):

8. Suporte/apoio da gestão para a segurança;
9. Trabalho em equipe entre as unidades;
10. Passagem de plantão ou transferências internas.

E as variáveis de resultados são (SORRA; NIEVA, 2004):

11. Percepções gerais sobre segurança do paciente;
12. Frequência de eventos notificados.

Ainda contamos no questionário com dois indicadores, que são (SORRA; NIEVA, 2004):

1. O grau/nota de segurança do paciente;
2. O número de eventos reportados nos últimos doze meses.

As definições de cada uma das dimensões da cultura de segurança que são descritas a seguir, auxiliam a uma melhor compreensão da avaliação da cultura de segurança do paciente (REIS, 2013; AHRQ, 2008):

1. **Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços:** define se os funcionários apoiam e ajudam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe, mesmo sobrecarregados de trabalho. Os itens do questionário que correspondem a esta dimensão são: A1 A3 A4 A11.
2. **Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefes:** avalia se os supervisores e chefes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente; elogia quando verifica o trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos; reconhece a participação dos funcionários para procedimentos de melhoria da segurança do paciente. Os itens do questionário que correspondem esta dimensão são: B1 B2 B3r B4r.
3. **Aprendizado organizacional e melhoria contínua:** avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas, avalia se fazem melhorias contínuas e avalia a efetividade das mudanças ocorridas. Os itens do questionário que correspondem a esta dimensão são: A6 A9 A13.
4. **Retorno das informações e da comunicação sobre erro:** avalia a percepção dos funcionários no hospital se eles têm o conhecimento dos erros que ocorrem, se recebem informação sobre mudanças implementadas a partir de notificações e discutem estratégias para evitar erros no futuro. Os itens do questionário que correspondem a esta dimensão são: C1 C3 C5.
5. **Abertura da comunicação:** avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade. Os itens do questionário que correspondem a esta dimensão são: C C4 C6r.
6. **Profissionais (quadro de pessoal):** avalia se há funcionários suficientes para a quantidade de trabalho, avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor

atendimento aos pacientes. Os itens do questionário que correspondem a esta dimensão são: A2 A5r A7r A14r.

7. **Respostas não punitiva aos erros:** avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais. Os itens do questionário que correspondem a esta dimensão são: A8r A12r A16r.

8. **Suporte da gestão hospitalar para segurança do paciente:** avalia se a administração e a gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente, demonstra que a segurança do paciente é prioritária e se a gestão se interessa pela segurança quando ocorre evento adverso. Os itens do questionário que correspondem a esta dimensão são: F1 F8 F9r.

9. **Trabalho em equipe entre as unidades:** avalia se o funcionário trabalha bem com outro de unidade diferente, se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes. Os itens do questionário que correspondem a esta dimensão são: F4 F8 F9r.

10. **Passagens de plantão/turno e transferências internas:** avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno, avalia se há perda de informações do paciente. Os itens do questionário que correspondem a esta dimensão são: F3r F5r F7r F11r.

11. **Percepção geral da segurança do paciente:** avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais. Os itens do questionário que correspondem a esta dimensão são: A15 18 A10r A17r.

12. **Frequência de eventos notificados:** relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetem o paciente. Os itens do questionário que correspondem a esta dimensão são: D1 D2 D3.

De forma a acrescentar e clarear o entendimento da avaliação da cultura de segurança, o quadro 7 apresenta um resumo esquemático para melhor expressar a representatividade aos níveis, dimensões e os itens que serão avaliados, conforme a AHRQ (REIS, 2013; EIRAS, 2011b; SORRA; NIEVA, 2004).

Quadro 7 – Nível, Dimensões e Itens da Cultura de Segurança do Paciente
(continua)

Nível	Dimensões	Itens Correspondentes
Unidade	Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços	A1- As pessoas apoiam umas às outras. A3– Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente. A4– As pessoas se tratam com respeito. A11- Quando uma área desta unidade de trabalho fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.
	Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefes;	B1 – Meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente. B2 – o meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente. B3r – Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”. (Escrita negativamente) B4r – O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente. (Escrita negativamente)
	Aprendizado organizacional	A6– Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente. A9 – Erros têm levado a mudanças positivas por aqui. A13– Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.
	Retorno da informação (feedback) e Comunicação a respeito de erro	C1 – Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir da notificação de eventos. C3 – Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade. C5 – Na unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente.

Quadro 7 – Nível, Dimensões e Itens da Cultura de Segurança do Paciente
(continuação).

Nível	Dimensões	Itens Correspondentes
Unidade	Abertura de comunicação – melhoria contínua	C2– Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente. C4- Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores. C6r - Os profissionais tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo. (Escrita negativamente)
	Profissionais (quadro de pessoal)	A2 – Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho. A5r– Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente. (Escrita negativamente) A7r – Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente. (Escrita negativamente) A14r– Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido. (Escrita negativamente)
	Respostas não punitivas aos erros	A8r – Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles. (Escrita negativamente) A12r – Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema. (Escrita

		negativamente) A16r – Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais. (Escrita negativamente)
Hospital	Suporte da gestão para a segurança	F1 – A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente F8 – As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade. F9r – A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso. (Escrita negativamente)
	Trabalho em equipe entre as unidades	F4 – Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto. F10 – As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes. F2r – As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si. (Escrita negativamente) F6r – Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital. (Escrita negativamente)
	Passagem de plantão ou transferências internas	F3r– O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra. (Escrita negativamente). F5r– É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno. (Escrita negativamente). F7r – Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital. (Escrita negativamente). F11r= – Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes. (Escrita negativamente).

Quadro 7 – Nível, Dimensões e Itens da Cultura de Segurança do Paciente (conclusão).

Nível	Dimensões	Itens Correspondentes
Variáveis de Resultados	Percepções gerais sobre segurança do paciente	A15 – A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída. A18 – Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros. A10r – É apenas por acaso que erros não acontecem por aqui. (Escrita negativamente). A17r– Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente. (Escrita negativamente).
	Frequência de eventos notificados	D1 – Quando ocorre erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado? D2 – Quando ocorre erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado? D3 – Quando ocorre erro que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?
12 dimensões		42 itens
Indicadores	Grau/Nota de	Avalie a segurança do paciente na sua área/unidade

	segurança do paciente	de trabalho no hospital
	Número de eventos reportados	Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?
	2 indicadores	2 itens

Fontes: SORRA; NIEVA, 2004, SORRA et al., 2007.

A pontuação composta é calculada em relação a cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança. A maior parte dos itens das dimensões da cultura de segurança são respondidos em uma escala de 5 pontos (tipo *Likert-scale*), correspondendo a taxa de concordância de 1 a 5 (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente ou nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre), entendendo que 1 é a pontuação mais baixa, 3 é a pontuação neutra e 5 é a pontuação mais alta.

Após calcular as pontuações compostas, as dimensões da cultura de segurança foram correlacionadas uma com a outra (REIS, 2013; BATALHA, 2012; SORRA; NIEVA, 2004), ou seja, os itens do questionário podem ser agrupados nas dimensões da cultura de segurança, e posteriormente pode ser calculada uma frequência global para cada dimensão. Ainda, foram elaboradas pontuações para as 12 dimensões da cultura de segurança, a obter a média das respostas aos itens de cada dimensão.

Algumas questões apresentadas foram formuladas pela negativa e outras pela positiva, as negativas estão identificadas com a letra “r”, por isso, elas serão invertidas no momento da análise dos dados, para melhor compreensão.

Conforme indicado no guia do questionário do HOSPSC, é recomendável fazer modificações ao questionário, porém, apenas aquelas que são absolutamente necessárias para atender a conveniência do hospital, porque as mudanças podem afetar a confiabilidade e validade geral da pesquisa e poderá criar dificuldade nas comparações futuras com outros hospitais (SORRA; NIEVA, 2004).

Em resumo, é um questionário que avalia um maior número de dimensões da cultura de segurança do paciente, permitindo realizar um diagnóstico mais preciso e abrangente nos hospitais; além de ter uma ampla utilização na identificação de questões que direcionem o investimento na melhoria da segurança do paciente.

2.6 Gestão de Risco Hospitalar a Caminho da Segurança do Paciente

Incerteza, perigo, risco e insegurança são circunstâncias inerentes da vida e inseparáveis da prática clínica e do cuidado de saúde. Os riscos em cuidados de saúde são múltiplos (COMETTO, 2011), e frequentemente precisam ser geridos de forma coordenada.

A gestão de risco é um elemento central no planejamento estratégico de qualquer tipo de instituição, sendo assim, é o processo pelo qual as organizações analisam metodicamente os riscos inerentes às atividades, com objetivo de identificá-los, estimá-los – probabilidade de ocorrência e impactos – e controlá-los com medidas para evitar, diminuir, assumir e transferir os riscos (VETTORI, 2012).

Nesse sentido, a gestão de risco é uma prática administrativa, com aplicação sistêmica e contínua que emprega conceitos de variadas questões, inclusive de cultura, comportamento, planejamento, políticas, procedimentos, técnicas e condutas na avaliação de risco e eventos adversos que afetam a segurança, a integridade profissional, a saúde humana, o ambiente e a filosofia institucional (VETTORI, 2012; CAPUCHO, 2010).

Nessa mesma direção, a Organização Panamericana de Saúde (COMETTO, 2011) entende que a gestão de risco hospitalar nos serviços de saúde é um conjunto de atividades destinadas a identificar, avaliar e reduzir ou eliminar o risco de ocorrer um incidente adverso que afete:

- As pessoas: pacientes, profissionais de saúde, diretores e demais trabalhadores;
- As instalações: edifícios, equipes, dispositivos médicos, mobiliários e meio ambientes;
- Os recursos econômicos: investimentos, fundo de crescimento e desenvolvimento, recursos de investigação;
- O prestígio e a reputação da instituição e de seus profissionais: satisfação das pessoas, reputação, propriedade intelectual, relevância, atração de pacientes.

Historicamente a área da gestão de risco teve início nos EUA na década de 50, na administração de empresas, com o objetivo de gerenciar os riscos na organização, centrado num profissional que tivesse a função de gerir estratégia de prevenção e minimização do risco (FELDMAN, 2008).

Vinte anos mais tarde no mesmo país, a gestão de risco para a saúde teve início a partir das más prestações de cuidados médicos, pois resultavam em

processos litigiosos, levando ao aumento de indenizações e das apólices de seguro das instituições e dos profissionais (VINCENT, 2009).

Nesse sentido, a gestão de risco em saúde passou a ser considerada um processo pelo qual as organizações de saúde lidam com o risco associado à sua atividade, e como partes integrantes desse processo estão os objetivos e as estratégias da organização, avaliações e análises dos riscos, notificações, tratamentos e por último as monitorizações. O objetivo dele é criar um sistema para a prevenção e controle dos fatores de risco de forma a desenvolver um sistema de trabalho e uma prática mais segura (WHO, 2007).

Para WHO (2007) o risco na segurança do paciente é a probabilidade de ocorrência de um incidente no processo de prestação de cuidado em saúde, onde os gestores de risco hospitalar são os responsáveis em divulgar e implementar metas de segurança do paciente e também identificar, avaliar e reduzir o risco de danos aos pacientes (JCAHO, 2007).

A política de gestão de riscos abrange os riscos clínicos e não clínicos. Para fim conceitual (VETTORI, 2012) o risco clínico é considerado todo o risco focado no paciente que esteja relacionado à ação ou atividade direta ou indireta dos profissionais de saúde, que pode causar danos à saúde do paciente. Já o risco não clínico é aquele que decorre das políticas institucionais e que tem influência nos processos do cuidado aos pacientes, estando associado à estrutura física, arquitetura e engenharia; equipamentos médicos; instalação de maquinário, elétrico, de incêndio, gases; higiene, limpeza, desinfecção e esterilização; qualidade dos insumos, medicamentos, equipamentos não médicos; segurança, saúde ocupacional; gerenciamento de resíduos, materiais perigosos; governança (CAPUCHO, 2010; VINCENT, 2009).

A gestão de risco é um dos aspectos mais relevantes da gestão clínica hospitalar por buscar evidência no processo e compreender a necessidade de realizar análises mais abrangentes destinadas a entender a causa raiz na área que envolver a segurança do paciente (CAGLIANO, 2011).

Em termo operacional, o sistema de gestão de risco é essencial para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em saúde, e também é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a gestão de risco como parte integrante da dinâmica hospitalar, consciente de que o risco está presente em qualquer ambiente das instalações de saúde.

O risco clínico está envolvido em todo e qualquer cuidado de saúde (VETTORI, 2012), desde os mais simples até os mais complexos. Em todos os procedimentos em saúde existe a probabilidade de acertos, como também existe a probabilidade de falhas e/ou incidentes. Sendo que esses incidentes podem ocorrer a qualquer momento no processo de cuidado, desde a internação do paciente até a sua alta hospitalar. Portanto, pode-se dizer que o risco é inerente à assistência em saúde. E quando surge um incidente no ambiente hospitalar a instituição sofre consideravelmente com todas as consequências, desde as sociais até as econômicas, em que a mais grave é a perda do paciente, resultando em um evento-sentinela.

O evento sentinela é denominado pela *The Joint Commission International* (JCI) como sendo “qualquer acontecimento imprevisto em um ambiente de saúde”, geralmente resulta “em morte inesperada ou perda permanente da função”, podendo “ser física ou psicologicamente grave a um paciente, não relacionada com o curso natural da doença do paciente ou condição subjacente” (JCI, 2011, pag. 5).

No Brasil, a Anvisa, por meio da Resolução de Diretoria Colegiada RDC 20/2010, afirma que é recomendável a existência do gestor de risco nos estabelecimentos de saúde, pois requer que o mesmo estabeleça uma análise sistemática de monitorização e das tecnologias em saúde, visando a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos. Além disso, as instituições devem notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos e queixas técnicas envolvendo as tecnologias em saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

Em Portugal, por meio da Declaração de Luxemburgo da Comissão Europeia, a DGS recomenda às autoridades nacionais a introdução de programa de rotinas de gestão de risco clínico em que a notificação de incidentes clínicos exista em todos os hospitais públicos e privados (PORTUGAL, 2009b; EUROPEAN COMMISSION, 2005).

Com o avançar dos anos, do desenvolvimento de novas tecnologias e dos avanços científicos na saúde, os sistemas que envolvem os cuidados à saúde tornaram-se mais complexos, requerendo monitorização durante todo o processo e desenvolvimento de estratégias para o controle e prevenção dos riscos existentes na saúde.

Os principais objetivos da gestão de risco para o Plano Nacional de Saúde, em Portugal são desenvolver e implementar processos para identificar e hierarquizar riscos; estabelecer sistemas que permitam lidar com os riscos identificados, eliminar ou reduzir a um nível aceitável; minimizar o efeito direto e indireto através da criação de medidas de apoio efetivas (PORTUGAL, 2009b).

Para a Anvisa, no Brasil, desenvolver e estimular ações de vigilância sanitária hospitalar, com conhecimento para auxiliar a seleção, o planejamento e a gerência dos produtos para saúde; auxiliar a identificar, investigar e enviar as notificações de eventos, incidentes, reações adversas, ou queixas técnicas associadas aos medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos e artigos de uso médico, reagentes para diagnóstico de uso in vitro e materiais para desinfecção e esterilização em ambiente hospitalar com suspeita de envolvimento de produtos para a saúde; coordenar as ações requeridas em tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância e vigilância de saneantes de uso hospitalar; participar da formação, disseminação dos conhecimentos e atualização de recursos humanos em ambiente hospitalar; coordenar a elaboração e implantação de planos de melhoria (BRASIL, 2010).

A gestão de risco hospitalar é multiprofissional e formalmente designada pela direção do hospital (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009) com representantes dos serviços de enfermagem; médico; farmácia; laboratório de microbiologia; engenharia clínica; saúde ocupacional; hotelaria e administrativo; comunicação e administração (VETTORI, 2012).

Conforme visto, o gestor de risco passa a compor o quadro da instituição hospitalar de ambos os países (PORTUGAL, 2009b; BRASIL, 2010). É evidente que o gestor de risco de uma instituição de saúde precisa se apropriar de assuntos relacionados à segurança do paciente, pautado na qualidade dos serviços, pois o foco principal na instituição é na prestação de cuidado em saúde de qualidade (VINCENT, 2009), sendo a segurança uma dimensão da qualidade.

O início da prática e discussão do assunto de segurança do paciente se deu com o processo de certificação de qualidade pelo método de acreditação em saúde, em que as instituições começaram a se preocupar cada vez mais com a área da gestão de risco e a da prestação de serviços, e foi justamente na época em que se discutia iniciativas mundiais de segurança do paciente. Na Europa, a inserção se deu a partir da Declaração de Luxemburgo da Comissão Europeia com a

implantação de inúmeras ações a incluir nas unidades de saúde (FRAGATA, 2006; EUROPEAN COMMISSION, 2005). E, no Brasil, a Anvisa com apoio do Ministério da Saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011).

A concepção de acreditação em saúde, de acordo com a Estrutura da Conceitual da Classificação Internacional sobre a segurança do paciente, é um processo de aquisição através da verificação e avaliação das qualificações de um prestador de cuidados de saúde para executar funções na organização de saúde (WHO, 2009).

No Brasil, no final da década de 90 surgiram medidas para melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, através dos processos de acreditação dos hospitais brasileiros, e da criação pela Anvisa da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999, com o intuito de regulamentar e fiscalizar produtos e serviços ligados diretamente à saúde ou que pudessem atingir de forma indireta a saúde da população.

Em Portugal, teve início em 1999 com o Instituto de Qualidade em Saúde, sendo posteriormente abolido em 2006, e após três anos com Despacho 69/2009, de 31 de Agosto criou-se o Departamento de Qualidade na Saúde, ligado à DGS para promover o empenho voluntário na melhoria contínua consistente da cultura de segurança e qualidade, que deve ser propagado a todo o Serviço Nacional da Saúde (PORTUGAL, 2009a; FRAGATA, 2006).

É imprescindível para uma instituição de saúde que se submete ao processo de acreditação, o papel do gestor de risco que deve identificar e analisar respostas aos riscos envolvidos, maximizando a probabilidade e as consequências de eventos positivos e minimizando a probabilidade e ocorrência de eventos adversos (PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE, 2004). Logo, o gestor de risco busca minimizar ou eliminar os danos causados aos pacientes hospitalizados, aplicando um conjunto de medidas para prever, identificar e minimizar a ocorrência de futuros eventos inesperados e indesejáveis que possam causar dano aos pacientes (VINCENT, 2009). O propósito do gestor de risco consiste em identificar a provável origem dos eventos adversos, avaliar os danos causados, tomar as decisões apropriadas concernentes a esses problemas (KUWABARA, 2010), e a partir disso aplicar um conjunto de medidas para prever, identificar e minimizar a ocorrência de eventos que possam causar dano aos pacientes (LIMA, 2010).

A JCI (2011) destaca que os profissionais responsáveis por realizar essa tarefa são os gestores de risco, que devem implementar através de um programa as

atividades clínicas e administrativas para identificar, avaliar e reduzir os riscos de danos ao paciente, profissionais e visitantes, e o risco de perda para a própria organização.

No Brasil o papel do gestor de risco foi designado a partir da criação da rede de hospitais sentinela em 2001 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010). Em Portugal, através do Plano Nacional de Acreditação em 2009 (PORTUGAL, 2009b).

Em resumo, o objetivo valioso da gestão de risco hospitalar é a redução da incidência e do dano, provendo práticas e processos de trabalho mais seguros, e criando uma cultura de segurança efetiva. Uma gestão de risco coesa e eficiente traz resultados benéficos para os pacientes, profissionais, instituição e para a sociedade, permitindo melhorar a qualidade dos cuidados prestados, promovendo a segurança em diversos âmbitos, elevando eficiência no uso dos recursos, e finalmente, permitindo o desenvolvimento do aprendizado por meio do erro.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo e variáveis

Trata-se de um estudo *survey*, transversal e comparativo com abordagem quantitativa, em duas organizações hospitalares de dois países. No que diz respeito ao tipo de estudo *survey*, é descrito como a obtenção de dados sobre características, ações, ou opiniões de determinado grupo ou população (FREITAS et al., 2000). O transversal se caracteriza em realizar uma única medida na linha do tempo (MEDRONHO, 2009) e o comparativo, uma vez que se direciona para compreensão de um evento singular e por identificar semelhanças e diferenças, explica as determinações mais gerais (SCHNEIDER; SCHIMITT, 1998). Verifica-se que essas classificações se enquadram de forma a responder a questão do presente estudo.

A metodologia utilizada foi a proposta pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) para avaliação da cultura de segurança do paciente com o emprego do instrumento intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (SORRA et al., 2007). Essa agência tem como propósito dar suporte às investigações de avaliação da cultura de segurança e à melhoria da qualidade no sistema de saúde, auxiliando na adoção dos resultados de pesquisa e política.

As seguintes variáveis foram mensuradas através do instrumento:

- sócioprofissionais:

1. Sexo
2. Idade
3. Unidade de atuação no hospital
4. Desempenha função no núcleo da qualidade e segurança do paciente
5. Tempo de experiência na profissão
6. Tempo de experiência na instituição
7. Tempo de experiência na unidade/serviço de trabalho
8. Horas por semana trabalhadas no hospital
9. Grau de instrução
10. Tem contato direto com paciente

- dimensões da cultura de segurança do paciente:
 1. Trabalho em equipe dentro das unidades;
 2. Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gestor;
 3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua;
 4. Retorno da informação e comunicação a respeito de erros;
 5. Abertura de comunicação;
 6. Profissionais;
 7. Resposta não punitiva ao erro;
 8. Apoio da gestão para a segurança do paciente;
 9. Trabalho em equipe entre as unidades;
 10. Passagem de plantão ou transferências internas;
 11. Percepções gerais sobre segurança do paciente;
 12. Frequência de eventos notificados;

Mais dois indicadores: avaliação geral de segurança do paciente e números de eventos notificados.

Outra variável mensurada no instrumento foi:

- a unidade/serviço onde trabalha é acreditada/certificada

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em dois hospitais públicos e universitários, um na cidade do Rio de Janeiro no Brasil, e o outro do Porto em Portugal. Foram denominados como hospital brasileiro (HB) e hospital português (HP).

No ano de 2011 o HP passou por um estudo piloto quanto à avaliação da cultura de segurança do paciente. Após dois anos foi instituído pela DGS (PORTUGAL, 2015b) um levantamento nacional bianual (PORTUGAL, 2011, 2013a).

A coleta de dados dos enfermeiros foi realizada pela pesquisadora, com apoio do Gabinete da Administração, Direção Geral e com suporte técnico dos outros órgãos, onde realizou-se uma ação de sensibilização, organizada em colaboração

com um tutor responsável no hospital e o Gabinete de Gestão da Qualidade, Risco, Higiene, Saúde e Segurança, acerca da cultura de segurança do paciente.

O HP é um hospital central, geral de grande porte, público e universitário constituído por vários edifícios, com funções assistenciais de prestação de cuidados diferenciados. Funciona com 822 leitos de internação, possui variadas especialidades e fica localizado na cidade do Porto. Possui emergência e ambulatórios de especialidades médicas e de procedimentos de enfermagem; além de funções assistenciais, de ensino de graduação e pós-graduação e de excelência na investigação na área da saúde. Uma instituição com acreditação hospitalar, comitê de ética para pesquisa em saúde, conta com um núcleo de qualidade e segurança do paciente com ampla experiência, com participação ativa de enfermeiros e médicos como gestor de risco clínico; administradores e engenheiros atuando como gestor de risco não clínico; técnicos de segurança e secretária.

O HB é um hospital de grande porte, público, universitário, possui variadas especialidades, localizado no município do Rio de Janeiro, sem emergência e ambulatórios de diversas especialidades. Possui funções assistenciais, de ensino de graduação e pós-graduação e investigação na área da saúde. Uma instituição voltada para atendimento geral, suprindo as necessidades da população mais carente. É formado por uma área construída de 44 mil m², onde funcionam 425 leitos e mais de 60 especialidades e subespecialidades. Não há acreditação hospitalar e recentemente foi constituído o núcleo de qualidade e segurança do paciente. Possui comissão de ética para pesquisa.

3.3 População

A AHRQ estabelece uma metodologia para realizar o levantamento de dados, incluindo nela os critérios de seleção a serem aplicados na população de respondentes do hospital ou um subgrupo ou amostra de sua população.

A população se constitui no grupo de enfermeiros de ambas as instituições. No Brasil a equipe de enfermagem é composta de enfermeiros e técnicos de enfermagem, já no hospital em Portugal só existem enfermeiros, e para que fosse possível a comparação, optou-se por incluir somente os enfermeiros no hospital

brasileiro, que foram submetidos aos seguintes critérios de seleção: estar em pleno exercício profissional durante o período de coleta de dados, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ter no mínimo de seis meses de exercício profissional e trabalhar no mínimo 20 horas semanais na instituição.

Ambas as instituições envolvidas demonstraram interesse em avaliar a cultura de segurança do paciente, uma vez que essa avaliação é considerada o ponto de partida para planejar e implementar estratégias na melhoria da segurança do paciente. Por isso, intencionaram-se a contribuir para o estudo através da disponibilização das escalas, acesso aos departamentos, coordenadores, líderes e aos enfermeiros das instituições; e um espaço físico para organização do processo.

A população no hospital brasileiro foi composta de 195 enfermeiros e no hospital português de 567, totalizando uma população de 762 enfermeiros.

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados aconteceu após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das duas instituições hospitalares e foi realizada durante o horário laboral dos enfermeiros, mediante concordância e assinatura do TCLE.

Foi compreendido por duas fases:

1ª fase – coleta de dados no HP: Todo o processo de planejamento, organização e coleta de dados decorreu de fevereiro a julho de 2014. A pesquisadora se apresentou à Direção de Enfermagem e ao Departamento de Gestão da Qualidade, Risco, Higiene, Saúde e Segurança (DGQRHSS) para solicitar autorização de acesso ao hospital e aos participantes, ficando sob a tutoria de um enfermeiro responsável no hospital.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora no período de abril a julho de 2014, após autorização, explanação dos objetivos do estudo para os colaboradores, sensibilização e planejamento com colaboração dos órgãos competentes da instituição.

O questionário foi entregue e disponibilizado em cada unidade/serviço em papel, conforme a maioria dos estudos da cultura de segurança (AHRQ, 2007), juntamente com uma urna para que o participante após preenchimento pudesse

depositá-lo, de onde eram recolhidos diariamente. Essa técnica foi escolhida devido ao quantitativo de participantes e de comum acordo com a instituição.

Como a coleta de dados aconteceu durante o período laboral, caso o preenchimento não fosse possível naquele momento era solicitado ao participante que ao preencher colocasse dentro da urna. A visita à unidade/serviço para recolher os questionários acontecia com frequência, ora no mesmo dia ora no dia seguinte. De forma a organizar a coleta de dados, a pesquisadora a dividiu por serviço, sendo iniciada a entrega dos questionários nas clínicas médicas, seguido pelas clínicas cirúrgicas, terapias intensivas e, por último na saúde da mulher e da criança.

2ª fase – coleta de dados no HB: Todo o processo de planejamento, organização e coleta de dados decorreu de julho a dezembro de 2014. A pesquisadora se apresentou à Coordenação de Enfermagem e ao Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem (STAVE) para solicitar autorização de acesso ao hospital e aos participantes.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, no período de outubro a dezembro de 2014, posterior à autorização, explanação dos objetivos do estudo para os colaboradores, sensibilização e planejamento com colaboração dos órgãos competentes da instituição.

O questionário em papel foi entregue em mãos, individualmente para cada participante e recolhido a seguir pela própria pesquisadora, dispensando a utilização da urna. Caso o participante não pudesse responder naquele momento, se retornava após algumas horas ou no próximo plantão, de acordo com a disponibilidade dele, afinal a coleta de dados aconteceu durante atividade laboral. Com propósito de organizar a coleta de dados no HB, a pesquisadora a dividiu por serviço, sendo iniciada a entrega dos questionários no serviço da saúde da mulher e da criança, terapias intensivas, clínicas cirúrgicas e clínicas médicas.

No HP foi possível atingir todos os serviços de internação, ambulatorial e de emergência. Já no HB não foi possível pesquisar nas unidades ambulatoriais e de centro cirúrgico. Por esse motivo a abrangência no HP foi maior comparado ao HB.

Para que fosse possível a comparação, foram incluídos como local do estudo somente as unidades de internação tanto no HP como no HB. Os serviços foram clínica médica (medicina), clínica cirúrgica (cirúrgicas e ortofisioterapia), saúde da mulher e da criança, e terapias intensivas (cuidados intensivos adulto, pediátrico e neonatal). Com o intuito de possibilitar essa comparação houve a necessidade de

considerar que os serviços pesquisados fossem equivalentes em relação à natureza do processo de trabalho e ao cuidado prestado.

Para coletar os dados em ambos os hospitais foi utilizado o instrumento traduzido, adaptado transcultural e validado para cada país, posterior à autorização das autoras. A operacionalização da coleta de dados, tanto no HB quanto em HP, aconteceu após disponibilização pelos responsáveis da escala de plantão mensal por serviço. Em cada serviço foi realizada aproximação com os coordenadores ou líderes de modo a pesquisadora se apresentar, todavia já haviam sido informados através do Coordenador de Enfermagem e Gabinete do Enfermeiro-Diretor, e a explicar o objetivo do estudo.

Em cada plantão/turno foi explicado ao enfermeiro o objetivo do estudo, se concordasse em participar prosseguia com assinatura do TCLE e o preenchimento do questionário.

Para maximizar uma melhor adesão de respostas:

- foram encaminhados e-mails pela Direção de Enfermagem e pelo Departamento de Gestão da Qualidade, Risco, Higiene, Saúde e Segurança (DGQRHSS) aos enfermeiros, assim como foi realizada uma reunião com os Coordenadores para sensibilizar e colaborar no processo de coleta de dados;
- foram realizadas visitas diretas e frequentes aos enfermeiros nos três (HP) e dois (HB) turnos;
- houve presença constante da pesquisadora nas unidades/serviços;
- o Serviço de Treinamento em Enfermagem (HB) e o DGQRHSS (HP) contribuíram com a sensibilização dos participantes.

Após receber os questionários preenchidos foram excluídos aqueles que, conforme recomendado no guia do HSOPSC da AHRQ (SORRA; NIEVA, 2004; SORRA et al., 2007):

- não tivessem pelo menos uma seção completa;
- tivessem menos da metade dos itens preenchidos (em diferentes seções);
- tivessem a mesma resposta em todos os itens.

3.5 Instrumento para Coleta de Dados

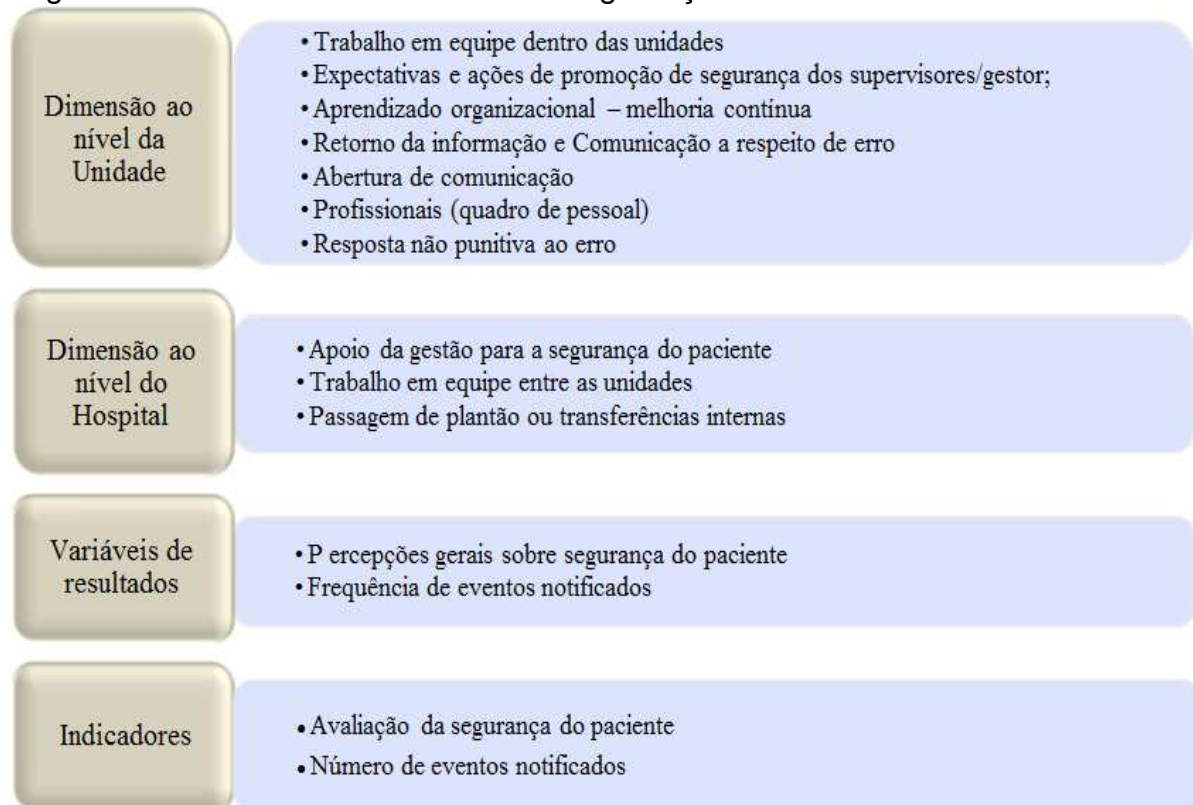
A justificativa em ter utilizado o instrumento da AHRQ, intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) foi pela sua ampla utilização mundial, fiável, baixo tempo de preenchimento (entre 10 a 15 minutos), autopreenchido e sigiloso. O instrumento avalia as opiniões dos profissionais acerca da segurança do paciente, do erro médico e da notificação de eventos. Em 2004 foi aplicado e testado em 21 hospitais dos Estados Unidos, envolvendo mais de 1.400 profissionais. Já em 2007, o mesmo questionário foi aplicado em 382 hospitais, o que envolveu 108.621 profissionais (SORRA; NIEVA, 2004). Os resultados desses levantamentos encontram-se disponibilizados *online* no *site* da AHRQ.

É apresentado um total de 42 itens, com uma distribuição multidimensional, em 12 dimensões da cultura de segurança do paciente sob a forma de escala de *Likert*, graduada em cinco opções de respostas de 1 a 5 para os 42 itens, obedecendo à graduação em cinco níveis desde “discordo totalmente” ou “nunca” (1) até “concordo totalmente” ou “sempre” (5). Essa escala permite ao participante indicar em que grau concorda ou não com a opinião expressa na pergunta.

Conforme a AHRQ (2007) as 12 dimensões são distribuídas em 7 dimensões no nível da unidade e 3 dimensões no nível hospitalar, bem como algumas variáveis de resultados e indicadores (SORRA et al., 2007), figura 14.

A utilização do questionário foi realizada após autorização das referidas autoras para uso da versão portuguesa (Anexo A) e da versão brasileira (Anexo B) por meio do endereço eletrônico.

Figura 14 – Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente.



Fontes: SORRA; NIEVA, 2004, SORRA et al., 2007.

Cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente está listada e definida a seguir conforme as características dos itens que avaliam:

- Os profissionais se apoiam mutuamente, se tratam com respeito e trabalham em conjunto como uma equipe - **Dimensão 1. Trabalho em equipe dentro das unidades;**
- Os supervisores/gestores tomam em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente, elogiam pelas iniciativas relacionadas com a segurança do paciente e não ignoram os problemas relacionados com a segurança do paciente - **Dimensão 2. Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente do supervisor/gestor;**
- Existe o aprendizado a partir dos erros, conduzindo a mudanças positivas e estas mudanças são avaliadas com efetividade - **Dimensão 3. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua;**
- Os profissionais são informados acerca dos erros que acontecem na instituição, a respeito das mudanças implementadas e são discutidas abertamente de forma a prevenir novo erro - **Dimensão 4. Retorno da informação e comunicação a respeito de erro);**

- Os profissionais conversam abertamente se observam algo que possa afetar negativamente a segurança do paciente e sentem-se livres de questionar os que têm mais autoridade - **Dimensão 5. Abertura de comunicação;**
- Há profissionais suficientes para lidar com a carga de trabalho e horário de trabalho são adequados para prestar o melhor atendimento para os pacientes - **Dimensão 6. Profissionais;**
- Os profissionais sentem que os seus erros e relatórios de eventos não são usados contra eles, e não são mantidos em seus processos pessoais - **Dimensão 7. Resposta não punitiva ao erro;**
- A gestão do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promova a segurança do paciente e mostra que esta é uma prioridade - **Dimensão 8. Apoio da gestão para a segurança do paciente;**
- As unidades do hospital coordenam e cooperam entre si com o único objetivo de oferecer o melhor cuidado ao paciente - **Dimensão 9. Trabalhos em equipe entre as unidades;**
- A informação relativa aos cuidados prestados é transferida tanto quando o turno muda como quando o doente muda de serviço/unidade - **Dimensão 10. Passagem de plantão ou transferências internas;**
- Os procedimentos e os sistemas são capazes de evitar os erros e ausência de problemas de segurança do paciente - **Dimensão 11. Percepções gerais sobre segurança do doente;**
- Os erros notificados são dos seguintes tipos: 1) erros percebidos e corrigidos antes de afetarem o paciente, 2) erros sem potencial para causar dano, e 3) erros que poderiam prejudicar o paciente, mas não ocorreu - **Dimensão 12. Frequência de eventos notificados.**

As dimensões, os itens, as variáveis de resultados e os indicadores do questionário do HSOPSC são descritos no quadro 8.

A versão do HSOPSC dos EUA pode ser visto no Anexo C, da portuguesa no Anexo D e da brasileira no Anexo E.

Quadro 8 – Distribuição das dimensões, itens, resultados e indicadores do HSOPSC (continua).

Dimensões	Itens
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	<p>A1- As pessoas apoiam umas às outras.</p> <p>A3– Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.</p> <p>A4– As pessoas se tratam com respeito.</p> <p>A11- Quando uma área desta unidade de trabalho fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.</p>
2. Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores/gestor	<p>B1 – Meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.</p> <p>B2 – o meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.</p> <p>B3r – Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.</p> <p>B4r – O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.</p>
3. Aprendizado organizacional - melhoria contínua	<p>A6– Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.</p> <p>A9 – Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.</p> <p>A13– Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.</p>
4. Retorno da informação e comunicação a respeito de erro	<p>C1 – Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir da notificação de eventos.</p> <p>C3 – Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.</p> <p>C5 – Na unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente.</p>
5. Abertura de comunicação	<p>C2– Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.</p> <p>C4- Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.</p> <p>C6r - Os profissionais tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.</p>
6. Profissionais (quadro de pessoal)	<p>A2 – Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho</p> <p>A5r– Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.</p> <p>A7r – Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.</p> <p>A14r– Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido.</p>
7. Resposta não punitiva ao erro	<p>A8r – Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.</p> <p>A12r – Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.</p> <p>A16r – Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.</p>
8. Suporte da gestão para a segurança do paciente	<p>F1 – A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente</p> <p>F8 – As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.</p> <p>F9r – A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.</p>

Quadro 8 – Distribuição das dimensões, itens, resultados e indicadores do HSOPSC (conclusão).

Dimensões	Itens
9. Trabalho em equipe entre as unidades	F4 – Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.
	F10 – As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.
	F2r – As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.
	F6r – Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.
10. Passagem de plantão ou transferências internas	F3r – O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.
	F5r – É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.
	F7r – Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.
	F11r – Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.
11. Percepções gerais sobre segurança do paciente	A15 – A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.
	A18 – Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.
	A10r – É apenas por acaso que erros não acontecem por aqui.
	A17r – Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.
12. Frequência de eventos notificados	D1 – Quando ocorre erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?
	D2 – Quando ocorre erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?
	D3 – Quando ocorre erro que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?
12 dimensões	42 itens
Avaliação da segurança do paciente	Avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital
Número de eventos notificados	Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?
2 indicadores	2 indicadores

Legenda: “r” item escrito negativamente.

Fontes: SORRA; NIEVA, 2004, SORRA et al., 2007.

O instrumento é distribuído por várias seções, de A a G. Cada seção possui a seguinte distribuição:

- Seção A- 18 perguntas direcionadas para as dimensões: Trabalho em equipe dentro das unidades; Aprendizado organizacional; Profissionais; Resposta não punitiva ao erro; Avaliação de segurança do paciente;
- Seção B- 4 perguntas direcionadas para a dimensão Superior hierárquico; Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores/gestor;

- Seção C- 6 perguntas direcionadas para a dimensão Abertura de comunicação; Retorno da informação e Comunicação a respeito de erro;
- Seção D- 3 perguntas direcionadas para a dimensão Frequência de eventos relatados;
- Seção E- 1 pergunta direcionada para avaliação da Segurança do paciente;
- Seção F- 11 perguntas direcionadas para as dimensões Apoio da gestão para a segurança do paciente; Trabalho em equipe entre as unidades; Passagem de plantão ou transferências internas;
- Seção G- 1 pergunta direcionada para o nº de eventos notificados;
- Seção H- onze perguntas sobre características dos respondentes e do hospital.

Na seção H dos questionários foram observadas pequenas diferenças. Essa seção contém as variáveis, sexo, idade, unidade de atuação no hospital, desempenha função do núcleo da qualidade e segurança do paciente, tempo de experiência profissional na instituição e na unidade/serviço de trabalho, horas por semana que trabalha no hospital, grau de instrução, tem contato direto com paciente, a unidade/serviço onde trabalha é certificada ou acreditada do questionário.

Para que as variáveis sobre características dos respondentes e do hospital (seção H) pudessem ser uniformes e comparáveis nos dois hospitais foi preciso realizar ajustes nos questionários:

- acrescido nas duas versões, brasileira e portuguesa, uma pergunta relacionada ao participante desempenhar função no núcleo da qualidade e segurança do paciente no hospital, de maneira a perceber a participação dos enfermeiros em atividades voltadas para promoção e ações de segurança do paciente;
- acrescido na versão brasileira uma pergunta sobre a informação do enfermeiro com relação à unidade/serviço ser ou não acreditada/certificada, pois já existia na versão portuguesa.

Como mencionado no guia da AHRQ (2008) essas modificações não afetaram a confiabilidade e validade do instrumento, pois são correspondentes às variáveis de identificação - variáveis sócioprofissionais e do hospital.

3.6 Organização e Análise dos Dados

Os dados coletados foram organizados, armazenados e tratados de forma estatística no programa informático de estatística *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 21.0 for Windows e *Excel* 2013 for Windows 8.

A organização dos dados foi realizada da seguinte maneira: cada questionário recebeu um código correspondente, foi atribuído letra e número para os itens das sessões e atribuídos nome para as variáveis sócio-profissionais.

Para garantir o controle de qualidade dos dados digitados, utilizou-se o processo da dupla digitação, contando com dois digitadores independentes. Após ter finalizado o preenchimento no programa estatístico foi realizada uma revisão dos dados digitados, em momento distinto, de modo a garantir a confirmação dos dados digitados e evitar possíveis digitações errôneas.

Posterior, foi necessário criar dois arquivos de dados, um original e o outro que foi utilizado durante o processo de análise. Essa medida visa manter o arquivo de dados original, evitando a perda de informação.

A **variável contínua** “idade” foi analisada por meio das medidas de tendência central e de dispersão, como média, mediana, moda, mínima, máxima e desvio padrão, e não por faixa de distribuição, por apresentar a melhor opção em analisar a informação num conjunto de dados, além de permitir uma análise da variabilidade da idade dos enfermeiros nos dois hospitais. Outra variável contínua “horas trabalhadas semanais” foi analisada a partir dos seus valores absolutos e percentuais.

As **variáveis categóricas** foram sexo, serviços, unidades/serviços são certificadas/acreditados, faz parte do núcleo de qualidade e segurança do paciente, grau de formação acadêmica, e se possui contato direto com paciente. Essas variáveis foram analisadas de acordo os seus valores absolutos e percentuais.

Foram **dicotomizadas** variáveis que apresentaram somente dois resultados. Na variável “horas trabalhadas por semana” somente foram marcadas as opções 20h a 39h e 40h ou mais horas semanais. Por esse motivo, optou-se em realizar a dicotomia dessa variável para simplificar a análise dos dados.

Na variável do grau de formação acadêmica, considerando que todos participantes possuem ensino superior, houve a diferenciação em relação a possuir pós-graduação.

Para dicotomizar as variáveis do tempo de experiências na profissão, na instituição e na unidade/serviço foi considerada a mediana, havendo a diferenciação do tempo de experiência em menor ou igual a 7 anos e mais de 8 anos.

Investigadores afirmam que dicotomizar variáveis é comum em pesquisas, pois simplificam as análises estatísticas e facilitam a interpretação e apresentação dos resultados (MEDRONHO, 2009). Por outro lado, reconhece-se que o ato de dicotomizar pode levar a um aumento de probabilidade de resultados falsos positivos. Além do mais, algumas variáveis têm pontos de corte “satisfatórios” largamente reconhecidos (CAMERINI, 2014), porém, no presente estudo, as cinco variáveis dicotomizadas foram baseadas nas explicações anteriores de forma individual.

O questionário possui 42 itens para medir 12 dimensões da cultura de segurança do paciente e 2 indicadores de resultados. Cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente incluiu de 3 a 4 itens. Os dois indicadores de resultados, um sobre avaliação geral da segurança do paciente incluiu cinco opções de respostas desde excelente a ruim; outro sobre o número de eventos notificados também com cinco opções de respostas desde nenhuma a mais de 20 notificações de eventos.

Os dois indicadores de resultados foram ajustados em três categorias, por seguinte foram analisados por meio da distribuição dos seus valores absolutos e percentuais.

Os dados das dimensões da cultura de segurança do paciente foram organizados e apresentados a partir dos itens que compõem cada dimensão e, não por seções como consta no questionário.

O cálculo do valor percentual da dimensão se obtém calculando o valor médio de todos os percentuais de cada item que compõem a dimensão. Os dados são descritos e analisados por dimensão da escala (domínio de funcionalidade) e por itens (indicadores de funcionalidade) por hospital, uma vez que a cultura é considerada uma característica de um grupo ou hospital e não individual.

Quanto às dimensões da cultura de segurança do paciente seguimos a metodologia proposta pela AHRQ (SORRA; NIEVA, 2004), em que procedemos com

a recodificação da escala, sendo o percentual de respostas positivas na dimensão ou item o principal indicador de análise.

A escala utilizada foi de *Likert* em escala de 5 categorias, procedemos para uma escala de 3, em que as duas categorias (1) e (2) são agregadas em negativo, bem como as duas categorias mais elevadas (4) e (5) em positivo, sendo que o valor central da escala é tratado como neutro (quadro 9). Os valores em percentuais das três categorias são apresentados, excluindo do total todos os valores ausentes (*missing values*), para se calcular essas percentagens.

Quadro 9 – Recodificação da escala em três categorias e interpretação dos resultados.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente (DT)	Discordo (D)	Não concordo/ nem discordo (NC)	Concordo (C)	Concordo totalmente (CT)
Nunca	Raramente	Por vezes	Quase sempre	Sempre
Negativo		Neutro	Positivo	

Fonte: SORRA; NIEVA, 2004.

As respostas positivas referem-se às repostas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo / concordo totalmente) para as sentenças formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (discordo/ discordo totalmente) nas perguntas formuladas negativamente.

As respostas negativas referem-se às respostas que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo / discordo totalmente) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 4 ou 5 (Concordo / concordo totalmente) nas sentenças formuladas negativamente (SORRA; NIEVA, 2004, SORRA et al., 2007).

O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente.

São considerados “áreas fortes da segurança do paciente” aqueles itens com 75% ou mais de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou os itens que quando escritos negativamente, obtiveram 75% das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”). De modo semelhante, “áreas frágeis da

segurança do paciente” e que necessitam de melhoria foram consideradas aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas (SORRA; NIEVA, 2004).

A composição das frequências e percentuais das respostas segue a fórmula recomendada pela AHRQ (SORRA; NIEVA, 2004), que foi:

- Para cada dimensão e item da dimensão:

$$\begin{array}{l} \text{\% de respostas} \\ \text{positivas da dimensão} \\ \text{X ou ao item da} \\ \text{dimensão X} \end{array} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de respostas positivas aos itens da dimensão X}}{\text{n}^\circ \text{ total de respostas válidas aos itens da} \\ \text{dimensão X (positivas, neutras e negativas,} \\ \text{excluindo os dados ausentes)} \times 100$$

Os dados das dimensões são classificados da seguinte forma:

- Respostas positivas iguais ou maiores de 75% são “áreas fortes da segurança do paciente”.
- Respostas positivas iguais ou menores de 50% são “áreas frágeis da segurança do paciente”.
- Respostas positivas entre 51 a 74% como “áreas neutras ou indefinidas de segurança do paciente”.

Como se observa o questionário apresenta 18 perguntas formuladas de forma negativa e as demais de forma positiva. Os autores da metodologia consideram que sempre que um item é colocado pela negativa (*reserve*) é assinalado com a letra “R”, o que nos indica que o percentual de respostas negativas em um item formulado de forma negativa indica uma resposta positiva. Esse procedimento foi realizado no programa SPSS antes que os resultados fossem apresentados.

Considerando que o objetivo geral desse estudo é a comparação da cultura de segurança do paciente entre as duas instituições hospitalares, optou-se primeiramente em realizar uma análise dos dados por hospital por meio da média e desvio padrão, posteriormente foi efetuada comparação dos dados de cada hospital frente à média geral. Diante disso, podemos situar as instituições hospitalares frente a uma média adotada como representativa de cada hospital realizando comparações (SORRA et al., 2007).

Para efeito de comparação (relativa) dos resultados, adotou-se a *rule of thumb* “regra do polegar” (*benchmarking*) que diz que qualquer dado que seja diferente em 5% é significativo. Assim, sempre que a média de uma instituição

hospitalar for superior ou inferior a 5% da média dos dados do grupo de hospitais, afirma-se que há diferenças significativas (SORRA et al., 2007).

As médias de percentual de valores positivos foram calculadas fazendo a média de todos os itens de percentual positivo, bem como a média ao nível da dimensão em todo grupo. Desse modo o percentual positivo é apresentado como uma média geral de avaliação da cultura de segurança do paciente.

Optou-se nesse estudo não realizar análise dos dados referentes à última pergunta aberta do questionário direcionada para os enfermeiros registrarem comentários livres sobre a segurança do paciente, erros e notificações.

3.7 Aspectos Éticos

O presente estudo foi pautado nos preceitos éticos relativos ao desenvolvimento de estudos com seres humanos de ambos os países, de modo a manter as regras e a obediência para o desenvolvimento do referido estudo. Para dar cumprimento às normas de éticas, a pesquisadora dirigiu-se antes ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital e ao Presidente do Centro de Estudos, para pedido de autorização para a realização do estudo aos enfermeiros.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação nas duas organizações de saúde hospitalares. Em Portugal a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa para a Saúde (CEPS) no Processo nº Refª 2014.032 (024-DEFI/031-CES) (Anexo F).

No Brasil foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no Parecer nº 791.330/2014 (Anexo G). Dessa forma, a coleta de dados foi desenvolvida em cada instituição após aprovação dos referidos órgãos.

A anuência dos participantes da pesquisa foi determinada mediante sua livre e espontânea deliberação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) em termo próprio, lido, entendido e assinado pelos participantes. O termo foi assinado em duas vias ficando uma com a pesquisadora e a outra com o participante da pesquisa.

Na garantia de manter o sigilo nominal das instituições não serão divulgadas as identificações, para isso, será assegurada a utilização de hospital brasileiro e

hospital português, inclusive na apresentação do relatório final de tese, na divulgação em eventos científicos e nas publicações em periódicos científicos.

Para os participantes do estudo foram explicados os objetivos do estudo, seguido pela livre aceitação em participar, sendo assim, foi prosseguido com assinatura do TCLE, com garantia do seu anonimato e liberdade para sair do estudo a qualquer momento.

3.8 Conceitos adotados no estudo

- **Acreditação:** o processo de obtenção, verificação e avaliação das qualificações de um prestador de cuidados de saúde para exercer funções numa ou para uma organização de saúde (JCAHO, 2005).
- **Áreas prioritárias:** os processos, os sistemas ou as estruturas de uma organização de cuidados de saúde que significativamente afetam a qualidade e a segurança do cuidado (JCAHO, 2005).
- **Ações de melhoria:** é uma ação empreendida ou circunstância alterada para melhorar ou compensar qualquer dano depois de um incidente (WHO, 2009).
- **Ações para redução do risco** são ações para reduzir, gerir ou controlar qualquer dano futuro, ou probabilidade de dano, associado a um incidente (WHO, 2009).
- **Cuidados de saúde:** são serviços recebidos por indivíduos para promover, manter, monitorizar ou restaurar a saúde (WHO, 2009).
- **Cuidado seguro:** implica a tomada de decisões clínicas baseadas em evidências para maximizar os resultados de saúde do indivíduo e minimizar o potencial para o dano (WHO, 2009).
- **Cultura de segurança:** é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de percepção, e modelos de comportamento que determinam o compromisso com a gestão da saúde e segurança de uma organização e o seu estilo e proficiência (HSC, 1993). Para WHO (2009) a cultura de segurança é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua, o aprendizado contínuo a partir das notificações de eventos e a primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização.

- **Cultura justa:** um ambiente organizacional que visa equilibrar a necessidade de aprender com os erros e a necessidade de tomar medidas disciplinares (HSC, 1993).
- **Dano** implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico (WHO, 2009).
- **Dano associado aos cuidados de saúde:** lesão resultante ou que está associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não a uma doença ou lesão subjacente (WHO, 2007).
- **Efetividade:** é o grau com que o esforço despendido ou a ação empreendida atinge o efeito ou resultado desejado (JCAHO, 2005).
- **Eficácia:** é o grau com que os cuidados prestados ao indivíduo mostraram atingir o resultado desejado ou previsto (JCAHO, 2005).
- **Eficiência:** a relação entre os resultados dos cuidados e os recursos utilizados para prestar os cuidados (JCAHO, 2005).
- **Erro:** é a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Ou seja, manifesta-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planejamento ou na fase de execução (WHO, 2009).
- **Evento:** é ocorrência que aconteceu ou que afeta um paciente (WHO, 2009).
- **Evento sentinela:** qualquer evento que resultou numa morte inesperada ou perda maior permanente de uma função, não relacionado com o curso natural da doença ou estado subjacente do paciente (NATIONAL QUALITY FORUM, 2006).
- **Evitável (ou prevenível):** é aceito pela comunidade como escusável num determinado conjunto de circunstâncias (WHO, 2007).
- **Falha Latente:** consequências tardias das decisões tomadas nos escalões superiores da organização do sistema. Diz respeito à concessão e construção de instalações e equipamentos; à estrutura da organização; ao planeamento e programação; à formação e seleção; à previsão; orçamento; alocação de recursos, e assim por diante. Os efeitos adversos para a segurança dessas decisões podem permanecer ocultos por longo tempo (REASON, 1994).

- **Falha Ativa:** uma falha que é precipitada pela ocorrência de erros e infrações. É difícil de antecipar e tem um impacto adverso imediato na segurança, rompendo, ultrapassando ou inutilizando as defesas existentes (WHO, 2009).
- **Gestão do risco:** são atividades clínicas, administrativas e de produção que as organizações empreendem para identificar, avaliar e reduzir o risco de dano para o paciente, profissionais e visitantes e o risco de perda para a própria organização (JCAHO, 2005).
- **Incidente:** pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso). Uma **ocorrência comunicável** é uma situação com potencial significativo para causar dano, mas que não ocorreu nenhum incidente. Um **quase evento (*near miss*)** é um incidente que não alcançou o paciente. Um **evento sem danos** é um incidente em que um evento chegou ao paciente mas não resultou em danos discerníveis. Um **incidente com danos** (evento adverso) é aquele que resulta em danos para o paciente (WHO, 2009).
- **Incidente de segurança do paciente:** é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente (WHO, 2009).
- **Melhoria do sistema:** é o resultado ou produto da cultura, processos e estruturas que são dirigidos à prevenção das falhas do sistema e melhoria da segurança e qualidade (WHO, 2009).
- **Organização de cuidados de saúde:** entidade que presta, coordena e/ou assegura serviços de saúde para a população (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).
- **Qualidade:** é o grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (WHO, 2007).
- **Risco:** A probabilidade de ocorrência de um incidente (WHO, 2009).
- **Segurança do paciente:** é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (WHO, 2009).

4 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados para atender aos objetivos propostos. Primeiramente, apresentam-se as características dos enfermeiros que responderam ao questionário. Posterior, apresentam-se a comparação entre as variáveis das dimensões da cultura de segurança do paciente dos dois hospitais.

4.1 Características dos Enfermeiros que Avaliaram a Cultura de Segurança

No HB do total de 312 enfermeiros que responderam ao questionário somente 195 (62,50%) foram considerados válidos.

Já no HP do total de 879 enfermeiros que responderam ao questionário somente 567 (64,50%) foram considerados válidos, conforme os critérios de seleção já mencionados na metodologia.

Na tabela 1 apresenta-se a distribuição dos enfermeiros envolvidos por serviço no HP e HB.

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros envolvidos no estudo por serviço nos hospitais – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Serviço	HB (n= 195)		HP (n= 567)		Total (n= 762)	
	n	%	n	%	n	%
Clínicas Médicas e Cirúrgicas	88	45,13	351	61,90	439	57,61
Saúde da Mulher e da Criança	52	26,67	126	22,22	178	23,36
Terapias Intensivas	55	28,21	90	15,87	145	19,03
Total	195	100,00	567	100,00	762	100,00

Apesar da predominância nos dois hospitais ter sido as unidades de clínicas – médicas e cirúrgicas - observou-se que no HB teve uma melhor participação dos enfermeiros das terapias intensivas comparado com o HP.

A tabela 2 apresenta as principais características dos enfermeiros que participaram do estudo, as informações foram extraídas da seção H do questionário.

Tabela 2 – Características dos Enfermeiros nos hospitais – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Características dos Enfermeiros		HB (n=195)		HP (n=567)		Total (n=762)	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Feminino	175	89,70	458	80,80	633	83,07
	Masculino	20	10,30	109	19,20	129	16,93
Serviços	Médica e Cirúrgica	88	45,10	351	61,90	439	57,61
	Terapias Intensivas	55	28,20	90	15,90	145	19,03
	Materno Infantil	52	26,70	126	22,20	178	23,36
Faz parte do núcleo da qualidade e segurança do paciente?	Sim	10	5,10	32	5,60	42	5,51
	Não	185	94,90	535	94,40	720	94,49
Horas trabalhadas por semana no hospital*	20 a 39h/semana	136	69,70	70	12,30	206	27,03
	≥ 40h/semana	59	30,30	497	87,70	556	72,97
Formação acadêmica*	Sem Pós-graduação	41	21,00	302	53,30	343	45,01
	Com Pós-graduação	154	79,00	265	46,70	419	54,99
Possui contato direto com paciente	Sim	190	97,40	562	99,10	752	98,69
	Não	5	2,60	5	0,90	10	1,31
Experiência na profissão*	1 a 7 anos	110	56,41	139	24,51	249	32,68
	≥ 8 anos	85	43,59	428	75,49	513	67,32
Experiência na instituição*	1 a 7 anos	144	73,80	184	32,50	328	43,04
	≥ 8 anos	51	26,20	383	67,50	434	56,96
Experiência na unidade*	1 a 7 anos	154	79,00	278	49,00	432	56,69
	≥ 8 anos	41	21,00	289	51,00	330	43,31
Idade	Média (±D.P.)	36,09 (±9,14)		38,02 (±8,42)			
	Mediana	36		36			
	Moda	25		32			
	Mín	22		26			
	Máx	55		62			

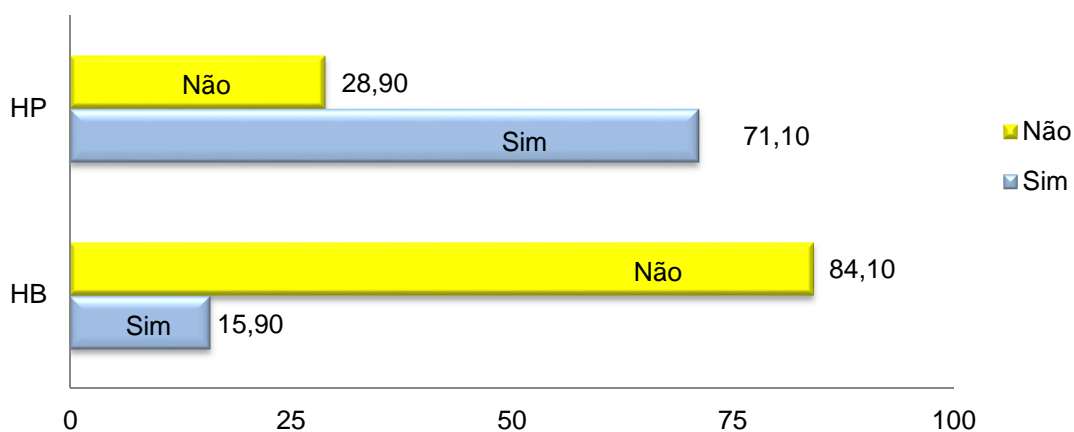
Legenda: * variáveis que foram dicotomizadas.

Analisando **comparativamente** os dados da população dos diferentes hospitais constata-se que tanto no HB como no HP **há semelhanças**, a saber:

- predominaram mulheres jovens (Md= 36 anos);
- trabalham predominantemente nos serviços de clínicas - médicas e cirúrgicas (45,13% e 61,90%);
- a maioria não atua em núcleo de qualidade e segurança do paciente (94,90% e 94,40);
- a maioria presta cuidados diretos ao paciente (97,40% e 99,10%);

Os dados que tratam da questão que foi acrescentada ao questionário acerca da certificação/acreditação estão no gráfico 1.

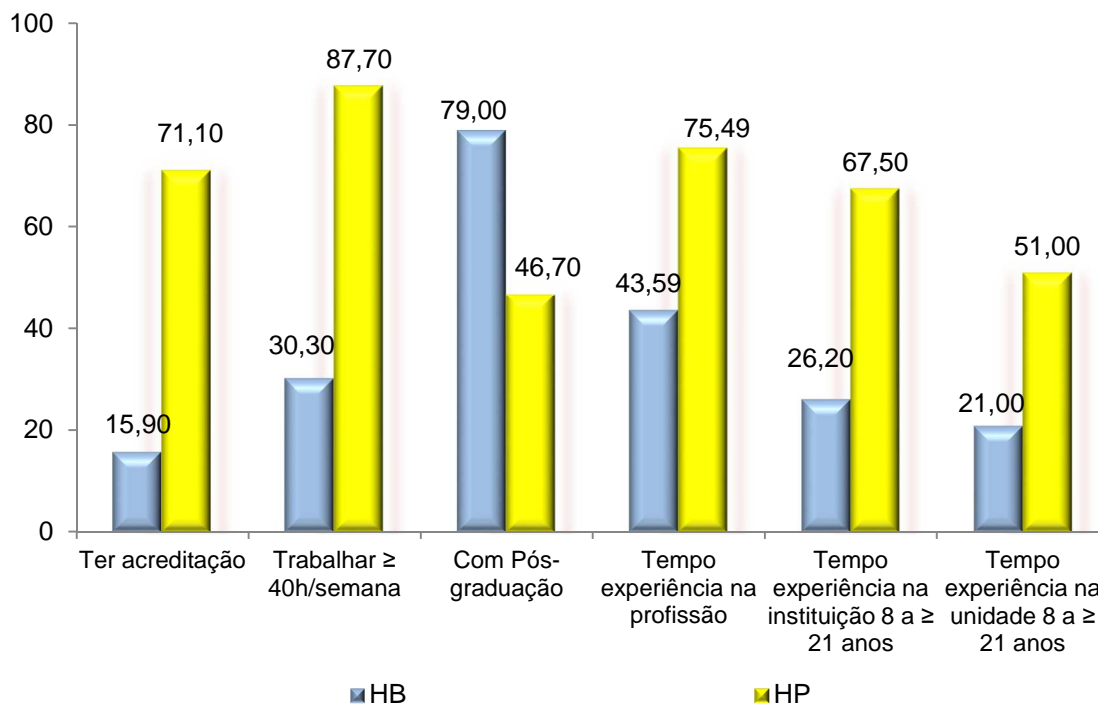
Gráfico 1 – O serviço/unidade é acreditado ou certificado? – Porto e Rio de Janeiro – 2016.



Os enfermeiros no HB referiram não ter certificação/acreditação (84,10%), já os enfermeiros no HP referiram ter (71,10%).

No que se refere às diferenças, essas foram encontradas nas variáveis horas trabalhadas por semana, formação acadêmica, acreditação/certificação, tempo de experiência na profissão, na profissão e na instituição. Essas diferenças estão no gráfico 2.

Gráfico 2 – Diferenças nas características dos Enfermeiros no HB e no HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.



Os aspectos nos quais se **destacaram as diferenças** foram:

- cerca de 87,70% dos enfermeiros portugueses trabalham mais de 40h semanais, enquanto que a maioria dos brasileiros trabalha até 39h horas semanais;
- quanto à formação acadêmica, no HB a maioria dos enfermeiros possui pós-graduação, 79,00%, e no HP mais da metade informaram não ter pós-graduação, 53,30%;
- quanto ao tempo de experiência profissional, no hospital e na unidade de trabalho, os enfermeiros portugueses têm mais experiência do que os brasileiros para todos os três quesitos.

Em síntese, a pesquisa foi realizada num hospital sem acreditação/certificação (HB) e em outro com acreditação/certificação (HP). Participaram da pesquisa, nos dois hospitais, enfermeiros predominantemente mulheres adultos jovens, a maioria das unidades clínicas sem vínculo com as atividades de qualidade e segurança do paciente. Esses profissionais eram mais experientes em Portugal, não somente na profissão, como também, na unidade e no hospital, permanecendo no hospital de 40 horas ou mais por semana.

Os enfermeiros brasileiros se caracterizaram por serem mais inexperientes na profissão, com pouco tempo de experiência e por trabalharem por semana até 39 horas, permanecendo menos tempo no hospital que os enfermeiros portugueses. Por outro lado, possuem mais formação pós-graduada.

4.2 Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente nos dois Hospitais

Neste item, os resultados são apresentados provenientes das dimensões da cultura de segurança do paciente e os indicadores dos dois hospitais de ensino envolvidos no estudo.

Foram considerados “áreas fortes da segurança do paciente” aqueles itens que obtiveram maior ou igual a 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou os itens que quando escritos negativamente, obtiveram maior ou igual a 75% das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”). De modo semelhante, “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam de melhorias foram consideradas aquelas cujos itens obtiveram menor ou igual a 50% de respostas positivas (SORRA; NIEVA, 2004).

A descrição da distribuição das respostas em número relativo e absoluto pode ser consultada nas tabelas no Apêndice B.

A análise para as doze dimensões da cultura de segurança foi efetuada considerando que se a média das instituições hospitalares for superior ou inferior a 5% da média de cada uma, afirma-se que há diferença significativa (SORRA et al., 2007).

4.2.1 Avaliação da cultura de segurança ao nível das unidades/serviços (n=7 dimensões)

Neste item são destacados os resultados das 7 dimensões da cultura de segurança do paciente voltadas ao nível da unidade/serviço, apresentado na

tabela 3. No quadro 8 da página 98 e 99 encontra-se a correspondência dos códigos dos itens conforme as dimensões. Os dados absolutos e relativos podem ser consultados no Apêndice B.

Tabela 3 – Resultados das dimensões ao nível das unidades/serviços no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Aspectos ao nível das unidades/serviços	Hospital brasileiro			Hospital português		
	% Negativo	% Neutro	% Positivo	% Negativo	% Neutro	% Positivo
1. Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços	68			79		
A1	12	17	71	1	8	91
A3	11	18	71	3	11	86
A4	5	15	80	6	16	78
A11	35	13	52	18	22	60
2. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores	69			66		
B1	20	23	57	15	24	61
B2	12	14	74	9	20	71
B3 (R)	9	22	69	17	34	49
B4 (R)	14	10	76	6	13	81
3. Aprendizado organizacional	57			65		
A6	11	18	71	8	17	75
A9	22	30	48	14	37	49
A13	18	31	51	8	22	70
4. Retorno informação e comunicação a respeito de erro	39			54		
C1	43	31	26	16	37	47
C3	28	32	40	12	32	56
C5	21	27	52	9	32	59
5. Abertura de comunicação – melhoria contínua	59			56		
C2	6	15	79	5	26	69
C4	23	34	43	23	36	41
C6 (R)	12	34	54	8	34	58
6. Profissionais (quadro de pessoal)	34			43		
A2	62	8	30	33	21	46
A5 (R)	35	21	44	54	25	21
A7 (R)	53	16	31	7	22	71
A14 (R)	46	23	31	41	24	35
7. Resposta não punitiva ao erro	23			28		
A8 (R)	71	18	11	31	37	32
A12 (R)	45	25	30	31	29	40
A16 (R)	49	24	27	57	32	11

Legenda: (R) Itens formulados negativamente; Cultura forte = respostas positivas $\geq 75\%$; Cultura frágil = respostas positivas $\leq 50\%$

Nas perguntas A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9, F11 os respondentes discordaram da afirmação contida na questão.

Aparecem como **frágeis** nos dois hospitais duas dimensões “Profissionais” e “Respostas não punitiva aos erros”.

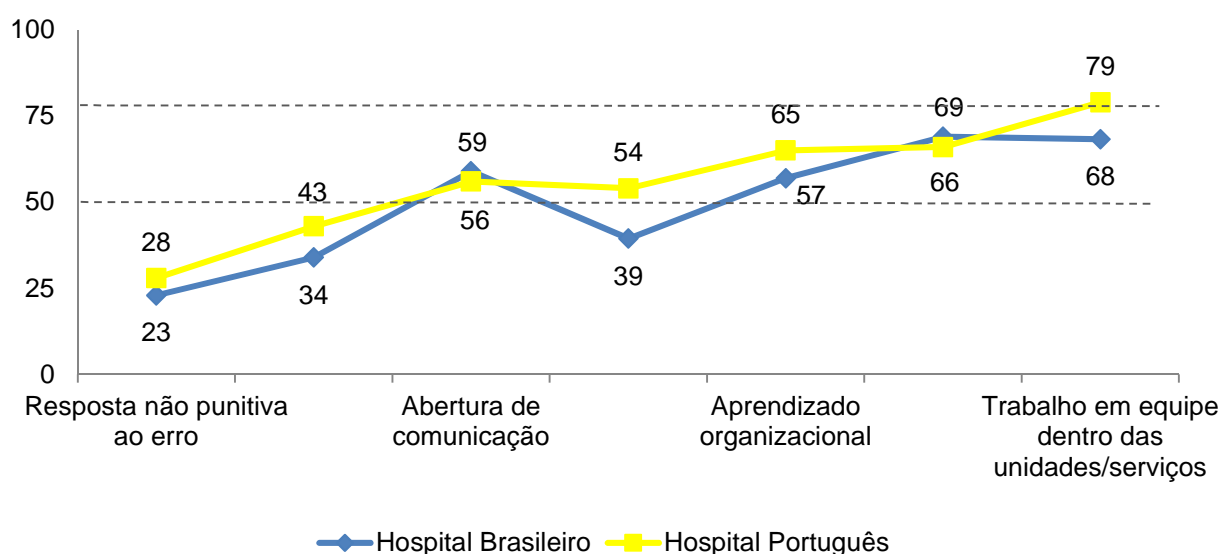
Além dessas duas dimensões, no HB as dimensões “Retorno informação e comunicação a respeito de erro” também apareceram como frágeis.

Surgem como **neutras** nos dois hospitais três dimensões “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores”, “Aprendizado organizacional” e “Abertura de comunicação – melhoria contínua”. Além dessas, no HB tem-se também a dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços”, e no HP a dimensão “Retorno informação e comunicação a respeito de erro”.

Apresenta-se como **forte** no HP a dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços”. Já no HB nenhuma dimensão foi forte.

O gráfico 3 favorece a visualização da média menor para a maior, nas dimensões apresentadas, em que a dimensão “Respostas não punitiva aos erros” possui a menor média para ambos os hospitais, e o “Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços” a maior média no HP e a “Expectativas e Ações de Promoção de Segurança dos Supervisores” no HB.

Gráfico 3 – Distribuição das médias positivas ao nível das unidades/serviços no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.



No que diz respeito à avaliação dessas dimensões os resultados demonstram médias mais elevadas no HP em cinco, além de ter apresentado uma dimensão forte.

No HP evidenciam-se duas frágeis dimensões “Resposta não punitiva ao erro” (28%) e “Profissionais” (43%). Além de quatro neutras dimensões “Retorno informação e comunicação a respeito de erro” (54%), “Abertura de comunicação – melhoria contínua” (56%) “Aprendizado organizacional” (65%) e “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores” (66%). Por último, como forte a dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades” (79%).

Enquanto que no HB encontram-se três frágeis dimensões “Resposta não punitiva ao erro” (23%), “Profissionais (quadro pessoal)” (34%) e “Retorno da informação e comunicação a respeito de erro” (39%). Como neutras têm-se quatro dimensões “Aprendizado organizacional” (57%), “Abertura de comunicação – melhoria contínua” (59%), “Trabalho em equipe dentro das unidades” (68%) e “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores” (69%). Por fim, nenhuma dimensão forte.

Na tabela 4 apresenta-se a média geral dos dois hospitais, mínimo, máximo e o desvio padrão das respostas referente às 7 dimensões.

Tabela 4 – Distribuição das médias nas 7 dimensões ao nível das unidades – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Dimensão	HB			HP			Média Geral	Diferença $\geq 5\%$
	Média ^a (DP) (%)	Min ^b (%)	Máx ^c (%)	Média ^a (DP) (%)	Min ^b (%)	Máx ^c (%)	Média hosp (DP)	
1.Trabalho em equipe dentro das unidades	68 (± 10)	52	80	79 (± 12)	60	91	74 (± 6)	Sim
2. Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores	69 (± 7)	57	76	66 (± 12)	49	81	68 (± 2)	Não
3.Aprendizado organizacional	57 (± 10)	48	71	65 (± 11)	49	75	61 (± 4)	Não
4. Retorno da informação e comunicação a respeito de erro	39 (± 11)	26	52	54 (± 5)	47	59	47 (± 8)	Sim
5. Abertura de comunicação	59 (± 15)	43	79	56 (± 11)	41	69	58 (± 2)	Não
6. Profissionais (quadro de pessoal)	34 (± 6)	30	44	43 (± 18)	21	71	39 (± 5)	Sim
7. Resposta não punitiva ao erro	23 (± 8)	11	30	28 (± 12)	11	40	26 (± 3)	Não

Legenda: ^a média das respostas positivas dos itens desta dimensão; ^b menor valor positivo para item nesta dimensão; ^c maior valor positivo para item nesta dimensão

Três dimensões mostraram uma diferença significativa entre os dois hospitais, “Trabalho em equipe dentro das unidades”, “Retorno da informação e comunicação a respeito de erro” e “Profissionais”.

A dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades” no HP foi a única dimensão avaliada como forte, e no HB ficou como neutra.

As dimensões “Retorno da informação e comunicação a respeito de erro” e os “Profissionais (quadro pessoal)” foram pontos frágeis no HB.

Para facilitar a comparação entre os itens fortes e frágeis da cultura de segurança nos dois hospitais foi montado o quadro 10.

Quadro 10 – Comparação dos itens frágeis das dimensões ao nível das unidades no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Pontos Frágeis em Comum	
Hospital brasileiro e Hospital português	• Erros têm levado a mudanças positivas por aqui (A9)
	• Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir da notificação de eventos (C1)
	• Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores (C4)
	• Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho (A2)
	• Os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente (A5r)
	• Trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido (A14r)
Pontos Frágeis Diferentes	• Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles (A8r)
	• Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema (A12r)
	• Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais (A16r)
	HB
	• Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente (A7r)
	• Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade (C3)
HP	
• Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas” (B3r)	

No que se refere às dimensões frágeis em comum aos dois hospitais têm-se:

- A mais frágil das dimensões foi referente à “Resposta não punitiva ao erro”.
- A segunda mais frágil refere-se ao dimensionamento de profissionais.

No que diz respeito **aos itens frágeis das dimensões distintos** entre os dois hospitais foram:

- no HB os itens que mencionam a utilização de profissionais terceirizados para promover o cuidado do paciente (31%), e sobre a informação dos erros que acontecem na unidade pelos gestores (40%).
- no HP o item que refere que quando a pressão aumenta na unidade, o supervisor estimula a trabalhar mais rápido (49%).

4.2.2 Avaliação da cultura de segurança ao nível do hospital (n=3 dimensões)

Neste tópico são destacados os resultados das três dimensões da cultura de segurança ao nível do hospital, apresentado na tabela 5.

No quadro 8 da página 98 e 99 encontra-se a correspondência dos códigos dos itens conforme as dimensões. Os dados absolutos e relativos podem ser consultados no Apêndice B.

Tabela 5 – Resultados das dimensões ao nível do hospital no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

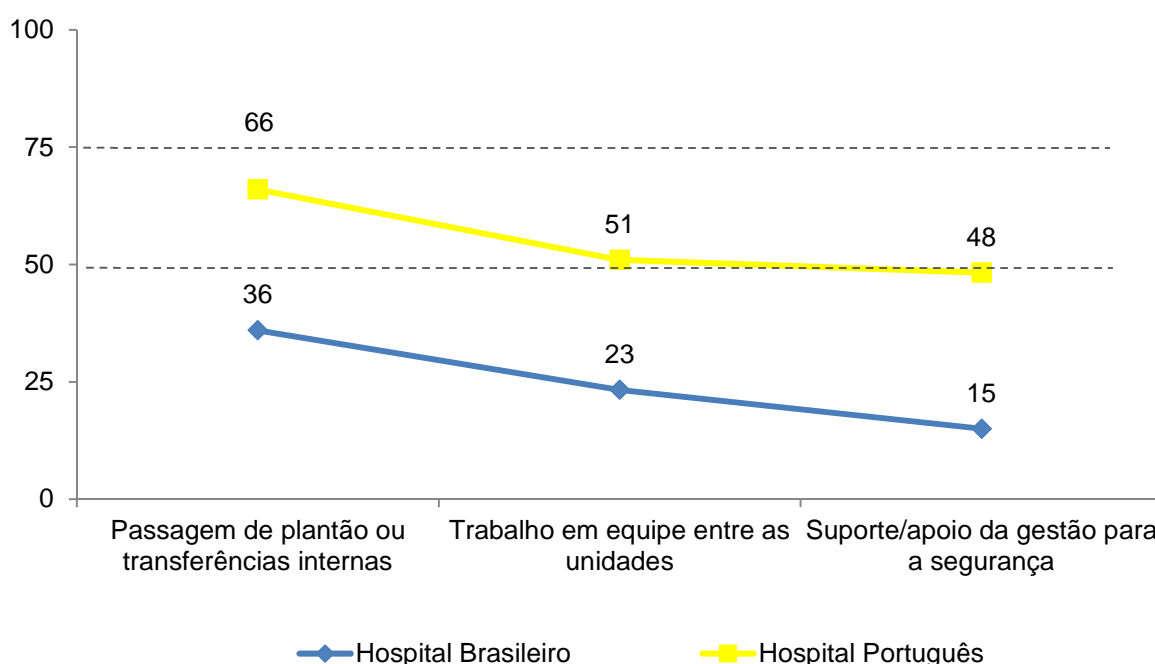
Aspectos ao nível ao nível do hospital	Hospital brasileiro			Hospital português		
	% Negativo	% Neutro	% Positivo	% Negativo	% Neutro	% Positivo
8. Suporte da gestão para a segurança do paciente	15			48		
F1	60	27	13	13	31	56
F8	62	24	14	13	36	51
F9 (R)	59	23	18	24	38	38
9. Trabalho em equipe entre as unidades	23			51		
F4	48	30	22	10	38	52
F10	47	32	21	7	36	57
F2 (R)	59	26	15	24	45	31
F6 (R)	34	30	36	6	30	64
10. Passagem de plantão ou transferências internas	36			66		
F3 (R)	54	23	23	16	23	61
F5 (R)	33	20	47	12	15	73
F7 (R)	58	22	20	12	30	58
F11 (R)	14	30	56	6	24	70

Legenda: (R) Itens formulados negativamente; Cultura forte = respostas positivas $\geq 75\%$; Cultura frágil = respostas positivas $\leq 50\%$

Todas as dimensões no HB foram avaliadas como frágeis, já no HP somente a dimensão de “Suporte da gestão para a segurança” foi avaliada como frágil. A avaliação mais baixa ficou no HB para a dimensão “Suporte da gestão para a segurança”.

No gráfico 4, tem-se as médias de respostas positivas ao nível do hospital no HB e no HP.

Gráfico 4 – Distribuição das médias positivas ao nível do hospital no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.



Apesar de nenhuma dimensão ser considerada forte, os resultados expressam média de respostas positivas mais elevadas no HP comparado ao HB.

Na tabela 6 que se mostra a seguir, apresenta-se a média geral dos dois hospitais, mínimo, máximo e o desvio padrão das respostas referente às 3 dimensões.

Tabela 6 – Distribuição de valores nas 3 dimensões ao nível do hospital – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Dimensão	HB			HP			Média Geral	Diferença $\geq 5\%$
	Média ^a (DP) (%)	Min ^b (%)	Máx ^c (%)	Média ^a (DP) (%)	Min ^b (%)	Máx ^c (%)	Média hosp (DP)	
8. Suporte da gestão para a segurança do paciente	15 (± 2)	13	18	48 (± 7)	38	56	32 (± 17)	Sim
9. Trabalho em equipe entre as unidades	23 (± 8)	15	36	51 (± 12)	31	64	37 (± 14)	Sim
10. Passagem de plantão ou transferências internas	36 (± 16)	20	56	66 (± 6)	58	73	51 (± 15)	Sim

Legenda: ^a média das respostas positivas dos itens desta dimensão; ^b menor valor positivo para item nesta dimensão; ^c maior valor positivo para item nesta dimensão

As três dimensões mostraram uma diferença significativa entre os dois hospitais. A fragilidade se mostrou muito maior no HB evidenciado pelos valores baixos da média em todas as três dimensões.

Adiante, para propiciar a comparação entre os itens frágeis das dimensões da cultura de segurança nos dois hospitais foi disposto o quadro 11.

Quadro 11 – Comparação dos itens frágeis no HB e HP ao nível do hospital – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

	Pontos Frágeis em Comum
HB e HP	<ul style="list-style-type: none"> • A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso (F9r)
	<ul style="list-style-type: none"> • As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si (F2r)
	Pontos Frágeis Diferentes
Hospital brasileiro	<ul style="list-style-type: none"> • A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente (F1) • As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade (F8)
	<ul style="list-style-type: none"> • Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto (F4) • As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes (F10) • Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital (F6r)
	<ul style="list-style-type: none"> • O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra (F3r) • É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno (F5r) • Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital (F7r)

Perante aos resultados dos itens das dimensões, **nenhum item forte** foi identificado nos dois hospitais.

No que diz respeito a todos os itens das três dimensões o HB foi o que mais apresentou fragilidade, evidenciado pelos valores baixos da média em quase todos os itens das dimensões.

4.2.3 Avaliação da cultura de segurança dos resultados gerais (n=2 dimensões)

A seguir, na tabela 7, estão os dados das 2 dimensões que se referem aos aspectos gerais da segurança do paciente.

A descrição da distribuição das respostas em número relativo e absoluto pode ser consultada nas tabelas no Apêndice B.

Tabela 7 – Resultados das dimensões dos aspectos gerais de segurança do paciente no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

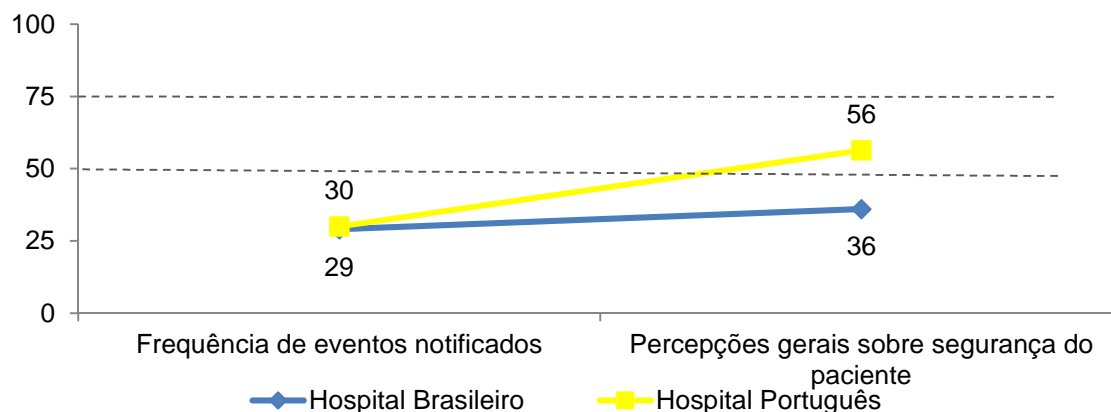
Aspectos Gerais de Segurança do Paciente	Hospital brasileiro			Hospital português		
	% Negativo	% Neutro	% Positivo	% Negativo	% Neutro	% Positivo
11. Percepções gerais sobre segurança do paciente	36			56		
A15	64	18	18	26	21	53
A18	46	17	37	13	32	55
A10 (R)	22	21	57	13	25	62
A17 (R)	56	14	30	22	24	54
13. Frequência de eventos notificados	29			30		
D1	49	24	27	45	27	28
D2	45	28	27	43	34	23
D3	39	29	32	32	30	38

Legenda: (R) Itens formulados negativamente; Cultura forte = respostas positivas $\geq 75\%$; Cultura frágil = respostas positivas $\leq 50\%$

Do mesmo modo, as dimensões foram avaliadas como frágeis nos hospitais, com exceção da dimensão “Percepções gerais sobre segurança do paciente” no HP.

O gráfico 5, apresenta a média das respostas positivas para os dois hospitais.

Gráfico 5 – Distribuição das médias positivas dos resultados gerais de segurança do paciente no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.



Os resultados revelam médias de respostas positivas mais elevadas no HP comparado ao HB.

Na tabela 8 que se mostra a seguir, apresenta-se a média geral dos dois hospitais, mínimo, máximo e o desvio padrão das respostas referente às 2 dimensões.

Tabela 8 – Distribuição de valores nas 2 dimensões dos aspectos gerais de segurança do paciente – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Dimensão	HB			HP			Média Geral	Diferença $\geq 5\%$
	Média ^a (DP) (%)	Min ^b (%)	Máx ^c (%)	Média ^a (DP) (%)	Min ^b (%)	Máx ^c (%)		
11. Percepções gerais sobre segurança do paciente	36 (± 14)	18	57	56 (± 4)	53	62	46 (± 10)	Sim
12. Frequência de eventos notificados	29 (± 2)	27	32	30 (± 6)	23	38	30 (± 1)	Não

Legenda: ^a média das respostas positivas dos itens desta dimensão; ^b menor valor positivo para item nesta dimensão; ^c maior valor positivo para item nesta dimensão

De acordo com o resultado a dimensão “Percepção geral sobre segurança do paciente” apresentou diferença significativa entre os hospitais na avaliação, sendo favorável ao HP.

Para propiciar a comparação entre os itens frágeis das dimensões dos aspectos gerais de segurança do paciente nos dois hospitais foi montado o quadro 12.

Quadro 12 – Comparação dos itens frágeis no HB e HP quanto aos aspectos gerais de segurança do paciente – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

	Pontos Frágeis em Comum
HB e HP	<ul style="list-style-type: none"> • Quando ocorre erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado? (D1) • Quando ocorre erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado? (D2) • Quando ocorre erro que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado? (D3)
	Pontos Frágeis Diferentes
Hospital brasileiro	<ul style="list-style-type: none"> • A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade (A15) • Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros. (A18) • Temos problemas de segurança do paciente. (A17r)

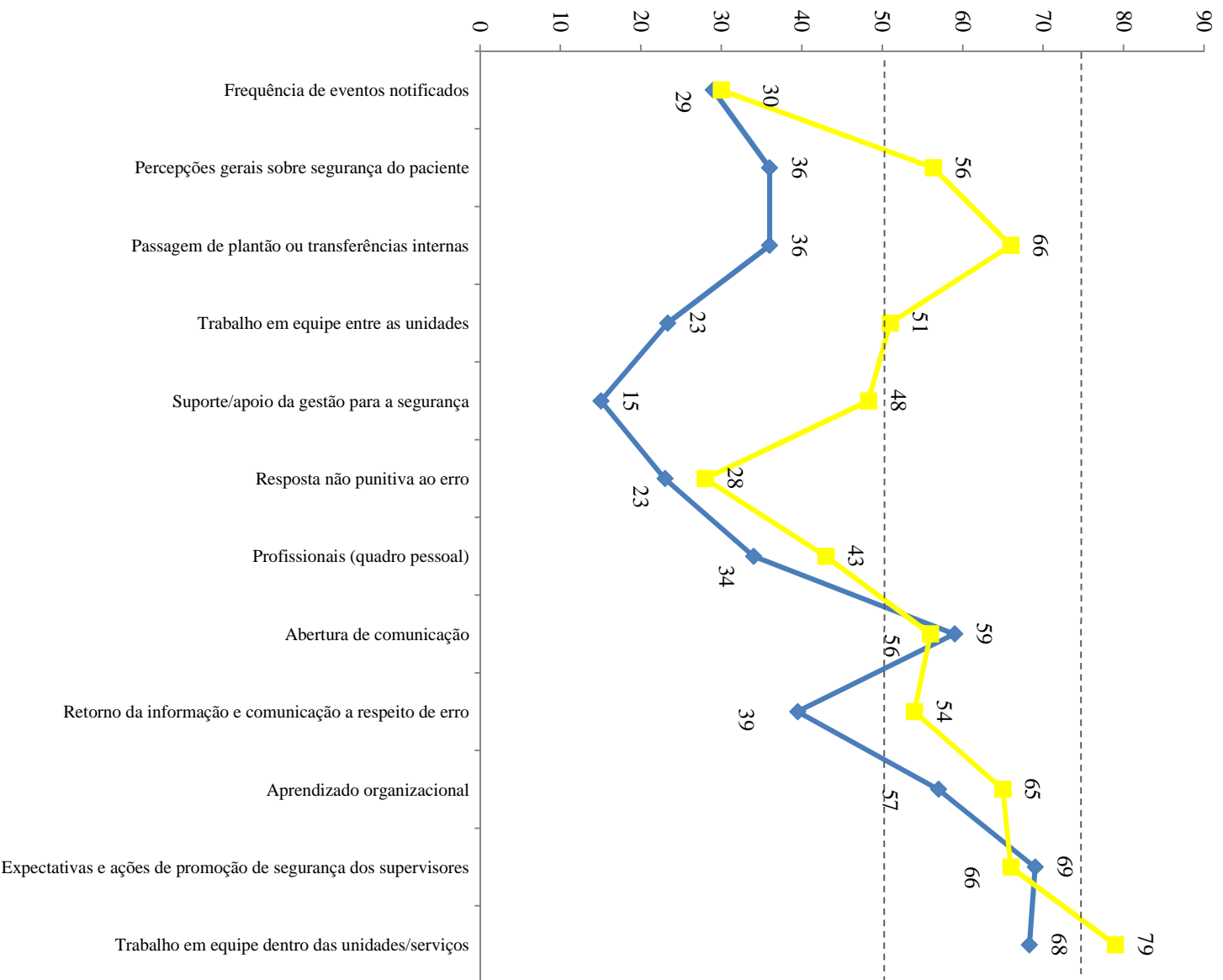
A seguir no gráfico 6, apresentam-se as respostas positivas das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente comparando os dois hospitais envolvidos no estudo.

Nos dois hospitais as dimensões frágeis comuns foram “Respostas não punitiva ao erro” (23% e 28%), “Frequência de eventos notificados” (29% e 30%), “Suporte da gestão para a segurança do paciente” (15% e 48%) e “Profissionais” (34% e 43%).

Além destas, excepcionalmente, no HB as dimensões frágeis também foram “Trabalho em equipe entre as unidades”, “Percepções gerais sobre segurança do paciente”, “Passagem de plantão ou transferências internas” e “Retorno informação e comunicação a respeito de erro”.

A maioria das dimensões no HP encontra-se na zona neutra (n=7), ao contrário no HB (n=4).

Gráfico 6 – Distribuição das 12 dimensões da cultura de segurança nos hospitais – Porto e Rio de Janeiro – 2016.



◆ Hospital Brasileiro
 ■ Hospital Português

Uma dimensão foi avaliada como forte no HP “Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços” e nenhuma no HB.

Por fim, ao observar as 12 dimensões da cultura de segurança nos dois hospitais tem-se as médias mais baixas, para a maioria, no HB comparado ao HP. A dimensão com média positiva mais frágil se refere no HB ao “Suporte da gestão para a segurança do paciente” (15%), e no HP a “Resposta não punitiva ao erro” (28%).

No quadro 13 tem-se a classificação do resultado geral das 12 dimensões da cultura de segurança nos hospitais. Os códigos correspondentes às dimensões podem ser consultados na seção instrumento do método na página 98 e 99.

Quadro 13 – Classificação das 12 dimensões da cultura de segurança nos hospitais – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Dimensão da Cultura de Segurança		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Forte	HB												
	HP												
Neutro	HB												
	HP												
Frágil	HB												
	HP												

Legenda: Cultura forte = respostas positivas $\geq 75\%$; Cultura frágil = respostas positivas $\leq 50\%$

Resumindo e comparando os resultados dos hospitais:

- quatro dimensões comuns são frágeis nos dois hospitais “Resposta não punitiva ao erro”, “Frequência de eventos notificados”, “Profissionais (quadro pessoal)” e “Suporte da gestão para a segurança”.
- além dessas acima, mais quatro são frágeis no HB “Trabalho em equipe entre as unidades”, “Percepções gerais sobre segurança do paciente”, “Passagem de plantão ou transferências internas” e “Retorno informação e comunicação a respeito de erro”.
- uma dimensão foi forte no HP “Trabalho em equipe dentro das unidades”.
- quatro dimensões são neutras no HB.

- sete dimensões são neutras no HP.
- em síntese, as dimensões frágeis:
 - a maior fragilidade no HB foi o “Suporte da gestão para a segurança do paciente” (15%);
 - a maior fragilidade no HP foi a “Resposta não punitiva ao erro” (28%).
- comparando os resultados, verifica-se que a cultura de segurança é mais frágil no HB em relação ao HP.

Estatisticamente ao se comparar os dados, as diferenças significativas estiveram em algumas dimensões que se classificaram diferentes no HB e no HP, respectivamente como:

- a) Trabalho em equipe dentro das unidades (neutro/forte);
- b) Retorno da informação e comunicação acerca do erro (frágil/neutro);
- c) Trabalho em equipe entre as unidades (frágil/neutro);
- d) Passagem de plantão ou transferências internas (frágil/neutro);
- e) Percepção geral sobre segurança do paciente (frágil/neutro).

Outras dimensões mesmo classificadas iguais, apresentaram dados com diferença significativa, de forma que mesmo sendo frágil, essa fragilidade no HB foi muito extrema, é o caso de:

- a) Profissionais;
- b) Suporte da gestão para a segurança.

4.2.4 Avaliação de indicadores de resultados

Na tabela 9, observa os resultados da nota de segurança do paciente na unidade/serviço nos dois hospitais atribuída pelos enfermeiros.

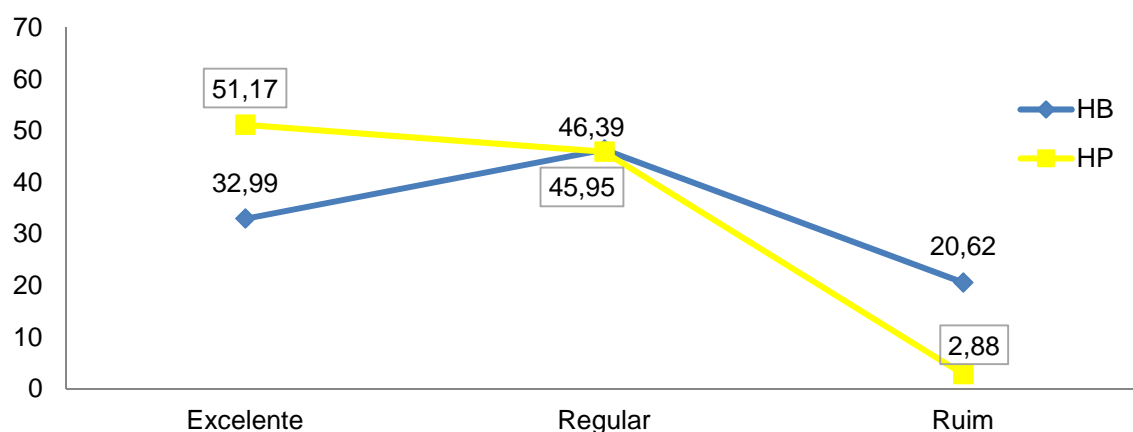
Tabela 9 – Distribuição da nota de segurança do paciente nos hospitais – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Nota da segurança do paciente**	HB (n=194)*		HP (n=555)*	
	n	%	n	%
Excelente	64	32,99	284	51,17
Regular	90	46,39	255	45,95
Ruim	40	20,62	16	2,88
Total	194	100,00	555	100,00

Legenda: (1) Os resultados foram agrupados em três faixas – excelente /muito boa; regular; ruim/muito ruim; (2) O total de resposta variou a cada item, pois é dado ao participante à opção em não responder a determinadas questões.

No gráfico 7, apresenta-se a avaliação geral de segurança do paciente nos dois hospitais.

Gráfico 7 – Distribuição da avaliação geral da segurança do paciente no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.



Comparando os dois hospitais, observa-se que os enfermeiros no HP atribuíram menor valor a nota de segurança do paciente como ruim (2,88%) do que no HB (20,62%).

Por outro lado, os enfermeiros no HP conferiram maior média à nota de segurança do paciente como excelente (51,17%) comparado com os enfermeiros no HB (32,99%).

Constata-se que há um equilíbrio nos dois hospitais para uma nota de segurança do paciente regular (HB 46,39% e HP 45,95%).

Na tabela 10 observa-se a distribuição do indicador que aborda o número de notificações de eventos adversos preenchidos e encaminhados nos últimos doze meses, pelos enfermeiros nos dois hospitais.

Tabela 10 – Distribuição do indicador, segundo o "Número de eventos notificados", de acordo com o HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Número de eventos notificados	HB (n=193)*		HP (n=559)*	
	n	%	n	%
Nenhum	147	76,17	248	44,36
1 a 2	25	12,95	190	33,99
3 a 5	17	8,81	108	19,32
Mais de 6**	4	2,07	13	2,33
Total	193	100,00	559	100,00

Legenda: * O total de resposta variou a cada item, pois é dado ao participante à opção em não responder a determinadas questões. * Não houve resposta dos participantes para as faixas 11 a 20 notificações e mais de 20 notificações.

Verifica-se que a maioria dos enfermeiros no HB referiu não ter efetuado qualquer notificação nos últimos 12 meses (76,17%), por outro lado, menos da metade dos enfermeiros no HP referiu 44,36%.

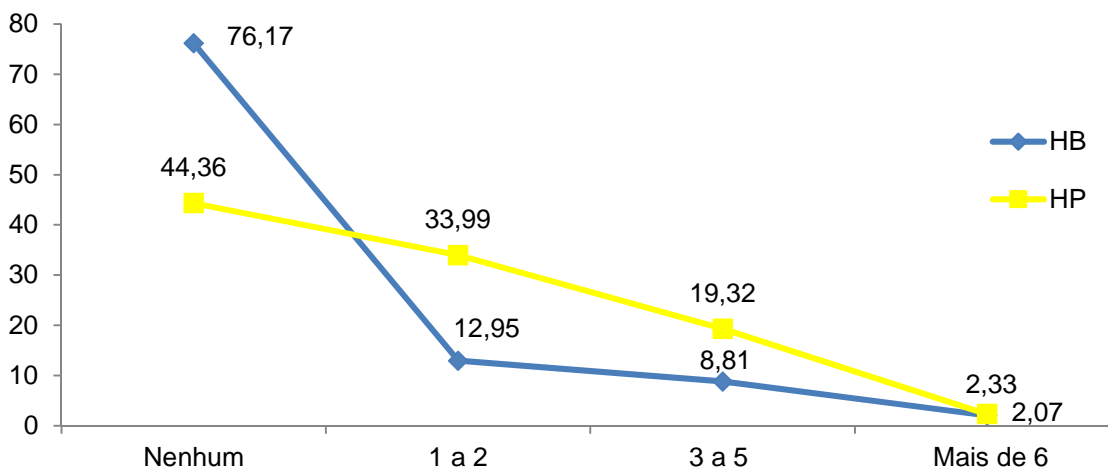
Observa-se que no HB realizam-se de 1 a 5 notificações em 21,76% e no HP em 53,31%.

No gráfico 8, apresentam-se as médias da frequência de notificações de eventos nos dois hospitais.

No que diz respeito à frequência de notificações nos últimos doze meses realizados pelos enfermeiros, os resultados demonstram valores mais baixos no HB comparado com HP, isto é, os enfermeiros brasileiros referem notificar menos, expressando uma cultura de segurança frágil para esse item.

Quanto à frequência a partir de seis notificações, semelhantemente nos dois hospitais os enfermeiros referem notificar bem menos.

Gráfico 8 – Distribuição da frequência de notificação no HB e no HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.



Em síntese, a pesquisa foi realizada com enfermeiros em dois hospitais, um brasileiro sem acreditação e o outro português com acreditação. Pode-se observar que o hospital acreditado obteve valores menos frágeis para dimensões da cultura de segurança do paciente comparado ao hospital sem acreditação. No hospital acreditado foi evidenciado quatro dimensões frágeis da cultura de segurança, além dessas, o hospital sem acreditação apresentou mais quatro, totalizando oito dimensões frágeis.

Ao contrário do hospital sem acreditação, os enfermeiros referiram nota de excelência para segurança do paciente ao hospital do estudo e possuem uma melhor frequência em notificar.

As dimensões encontradas semelhantes, porém frágeis, nos dois hospitais foram “Resposta não punitiva ao erro”; “Frequência de eventos notificados”; “Suporte/apoio da gestão para a segurança”; “Profissionais”.

Por outro lado, nenhuma dimensão foi encontrada como semelhante forte nos hospitais, somente uma dimensão mostrou-se forte no hospital acreditado, “Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços”, mesmo resultado encontrado no estudo de SORRA et al. (2007).

Apesar de algumas dimensões se classificarem diferentes e semelhantes nos dois hospitais, foram identificadas diferenças significativas para sete dimensões da cultura de segurança, tais como: Trabalho em equipe dentro das unidades; Retorno da informação e comunicação acerca do erro; Profissionais;

Suporte da gestão para a segurança; Trabalho em equipe entre as unidades; Passagem de plantão ou transferências internas; Percepção geral sobre segurança do paciente.

5 DISCUSSÃO

Este capítulo foi organizado de acordo com os resultados encontrados em relação aos objetivos do estudo.

A princípio, abordam-se as discussões das características principais dos enfermeiros que avaliaram a cultura de segurança. A seguir, foram discutidas as dimensões da cultura de segurança do paciente frágeis comuns aos hospitais e frágeis no HB, assim como o grau de segurança do paciente e a frequência de eventos notificados.

5.1 Caracterizando os Enfermeiros que Avaliaram a Cultura de Segurança

A população do estudo foi constituída exclusivamente pelos enfermeiros. A taxa de respostas para os dois hospitais foi considerada boa tanto para o HB (62,50%) como para o HP (64,50%), quando comparado com outros estudos que evidenciam taxas de adesão entre 27,80% a 78,80% (PORTUGAL, 2015a; FERNANDES; QUEIRÓS, 2011; EIRAS et al., 2011; CHEN; LI, 2010; ALAHMADI, 2010; SORRA; NIEVA, 2004). No relatório nacional de Portugal (2015b) a região norte, na qual esse hospital encontra-se localizado, apresentou na maioria taxa de adesão variando de 15,3% e 45,2%.

No estudo de Eiras et al. (2011) é destacado que para a maioria dos estudos multiprofissional da cultura de segurança o enfermeiro é o grupo profissional da saúde que mais contribui para a taxa de resposta.

Os estudos de Turunen et al. (2013) e Poley et al. (2011) mostram que os enfermeiros realizam a função de vanguarda nas ações de melhoria dos cuidados, por meio da participação mais ativa nas práticas diárias em saúde.

Ao se comparar os dados dos hospitais constatou-se que foram semelhantes no que diz respeito a serem predominantemente mulheres jovens (Md= 36 anos) trabalhando nas clínicas - médicas e cirúrgicas - com atuação direta junto aos pacientes.

Por outro lado, há dados em que foram encontradas diferenças na população, como por exemplo, os enfermeiros portugueses trabalham nos hospitais acima de quarenta horas semanais, enquanto, que os enfermeiros brasileiros até trinta e nove horas semanais. Os enfermeiros brasileiros, neste estudo, não trabalham em hospital certificado e nem acreditado, já os enfermeiros portugueses trabalham.

Constatou-se que entre os enfermeiros portugueses não predominam aqueles com pós-graduação, mas são os que têm mais tempo de experiência profissional, na instituição e na unidade pesquisada, apesar de serem enfermeiros com uma idade com média e mediana similar a dos enfermeiros brasileiros, o que sugere que são profissionais que estão nessa mesma instituição pesquisada há tempos, o que lhes permite conhecer mais detalhadamente as condições e trabalho quando comparado dos enfermeiros brasileiros.

A seguir, discutem-se as características semelhantes e diferentes encontradas nas populações estudadas.

5.1.1 Características semelhantes

As características semelhantes encontradas nas populações investigadas foram o sexo, idade, alocação, atuação em núcleo de qualidade e segurança do paciente e contato direto com paciente.

5.1.1.1 Sexo

Observa-se a mesma predominância do sexo feminino em ambos os hospitais, brasileiro (89,70%) e português (80,80%). Historicamente, a profissão de enfermagem é desempenhada majoritariamente por mulheres. Observa-se que essa questão do sexo, mantém-se na atualidade nos dois hospitais estudados e é

um dado expectável atendendo à tradicional predominância feminina na profissão (FERNANDES; QUEIRÓS, 2011).

A destacar que dois estudos da cultura de segurança em Portugal encontraram os mesmos resultados quanto ao sexo feminino, 72,83% de Eiras et al (2011) e no relatório nacional 74% (PORTUGAL, 2015a).

O resultado no hospital brasileiro corresponde aos mesmos dados observados num levantamento nacional recentemente realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), onde 88,02% dos enfermeiros brasileiros correspondem ao sexo feminino (COFEN, 2011).

Já no hospital português, também encontramos dados semelhantes ao levantamento realizado em Portugal pela Ordem dos Enfermeiros (PORTUGAL, 2013a), no qual 81,41% dos enfermeiros são do sexo feminino.

5.1.1.2 Idade

A mediana de idade de 36 anos foi igual para ambos os grupos de enfermeiros. Quanto à média de idade, no Brasil foi de 36 anos e em Portugal foi de 38 anos. No Brasil, o COFEN (2011) revela uma faixa etária predominante dos profissionais de enfermagem entre 26 a 35 anos de idade, correspondendo 35,98%. Já em Portugal a Ordem dos Enfermeiros (PORTUGAL, 2013a) revela uma concentração de enfermeiros na mesma faixa etária correspondendo a 40,67%.

Ao correlacionar a idade e o tempo de experiência tem-se no HB enfermeiros mais jovens atuando na prática diária e no HP enfermeiros seniores. Nesse mesmo sentido, pode-se evidenciar também por meio da idade máxima, em que os enfermeiros portugueses possuem 62 anos e os brasileiros 55 anos, esse último, revelando uma idade de atuação mais curta comparado com os portugueses.

No estudo de Raftopoulos, Savva e Papadopoulou (2011) destaca-se que há relação da idade dos enfermeiros com a prática de trabalho em equipe,

evidenciando que os mais jovens podem necessitar de mais suporte e prática de trabalho em equipe pela inexperiência.

5.1.1.3 Alocação

A alocação dos enfermeiros por serviços em ambos os hospitais foi igual. As clínicas - médicas e cirúrgicas - tiveram maior predominância, no HB 45,13% e no HP 61,90%. O mesmo resultado foi observado no relatório nacional português (Portugal, 2015a) com predominância para as clínicas médicas e cirúrgicas.

Os mesmos resultados também foram percebidos nos estudos de Hughes, Chang e Mark (2012) e Smits et al. (2012), envolvendo as unidades de clínicas e cirúrgicas. Nesse último estudo holandês, houve associação significativa para as tais unidades e o número de eventos notificados.

Ao contrário do encontrado nesse estudo os serviços mais pesquisados em outros estudos foram as unidades de terapia intensiva, seguida pelas clínicas, maternidade e emergência (PROFIT et al., 2012; RAFTOPOULOS; SAVVA; PAPADOPOULOU, 2011).

Alguns estudos (SOUSA, 2013; SMITS et al., 2012; BLEGEN et al., 2010) encontraram associação significativa entre cultura de segurança e as unidades/serviços do mesmo hospital. Entende-se que a cultura de segurança pode variar entre os serviços da mesma organização (SCHEIN, 2009), com isso, sugere-se realizar medições nos serviços, de modo a compreender as variações das dimensões da cultura de segurança.

O resultado encontrado neste estudo foi divergente dos estudos de Erler et al. (2013) e Raftopoulos e Pavlakis (2013), especialmente no HP, onde se percebe que a terapia intensiva é o serviço que mais tem sido investigado quanto à cultura de segurança do paciente.

5.1.1.4 Atuação em núcleo de qualidade e segurança do paciente

Poucos enfermeiros mencionaram participação no núcleo da qualidade e segurança do paciente das referidas instituições, HB 5,10% e HP 5,60%. Considerando-se pequena para colaborar com as iniciativas e estratégias de segurança do paciente nas instituições do estudo.

O núcleo de qualidade e segurança do paciente é definido como a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

A participação de enfermeiros em núcleo de segurança do paciente se faz relevante, uma vez que o enfermeiro é o profissional que desempenha o papel ativo nos cuidados de saúde, isto é, pelo fato de ser um potencial colaborador e multiplicador de informações de segurança do paciente dentro da unidade/serviço.

A participação do enfermeiro em núcleo de qualidade e segurança do paciente requer um aprendizado contínuo em liderança, requerendo ambientes organizacionais onde os profissionais devem aprender a assumir riscos, sair de posições confortáveis e experimentar novas ideias e experiências, refletindo humilde e honestamente sobre as experiências para se educarem continuamente (GAIDZINSKI, 2004).

Esse mesmo autor ressalta a relevância das habilidades, atitudes e valores de um líder considerado eficiente e enfatiza que esses atributos não são estáveis, pois devem ser flexíveis, adaptáveis e abertos a um aprendizado contínuo, acreditando na importância da experiência e da educação como facilitador desse processo.

Tal fato demonstra uma modificação importante de conceitos e ações direcionados para a segurança do paciente, não existente até pouco tempo atrás. O movimento da implantação do núcleo dentro das organizações hospitalares é recente, requerendo mudanças e compreensão a respeito da segurança do paciente, sendo necessário além de novas estratégias, o envolvimento de todos os profissionais voltados para uma cultura de segurança, com conscientização da importância da segurança do paciente e mudanças comportamentais e de valores (SILVA, 2013).

A atuação do enfermeiro no núcleo pode contribuir como facilitador e multiplicador de ações e estratégias promotoras de segurança do paciente nos serviços hospitalares, treinando e capacitando os demais membros da equipe.

5.1.1.5 Contato direto com paciente

Com relação ao contato com o paciente observa-se que ambos os grupos de enfermeiros, tanto no HB (97,40%) como no HP (99,10%), executam suas atividades laborais diretamente em contato com os pacientes. Logo, são os profissionais mais habilitados a responderem questões relacionadas aos aspectos de segurança do paciente.

Esse dado é expectável atendendo à tradicional predominância dos enfermeiros atuarem mais diretamente aos pacientes durante o processo de hospitalização (FERNANDES; QUEIRÓS, 2011).

Portanto são profissionais que vivenciam diretamente se os processos são seguros para os pacientes, sabem avaliar se há riscos, por atuarem diretamente na vigilância do ambiente e do cuidado aos pacientes hospitalizados, respeitam e cumprem os deveres profissionais e participam de redes de segurança do paciente. Em contrapartida não definem diretamente a política institucional, a não ser por pressão indireta, juntos aos gestores da organização.

Esses resultados já eram esperados, uma vez que, a enfermagem é a profissão que permanece maior parte do tempo junto ao paciente, prestando assistência direta à saúde e participando das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde do indivíduo (PORTUGAL, 2015b; COFEN, 2011).

5.1.2 Características diferentes

As características que se apresentam diferentes entre as populações estudadas foram tempo de experiência, horas trabalhadas, pós-graduação e acreditação/certificação.

5.1.2.1 Tempo de experiência

No que tange à experiência profissional o grupo dos enfermeiros portugueses possuem maior experiência profissional comparado com os enfermeiros brasileiros. Há estudos evidenciando que o tempo de experiência profissional pode se associar a uma percepção forte da cultura de segurança do paciente (RAFTOPOULOS; SAVVA; PAPADOPOULOU, 2011; BLEGEN et al., 2010).

Quanto ao tempo de experiência na instituição e na unidade observou-se diferença entre os grupos de enfermeiros, nos brasileiros foram de 1 a 7 anos e para os portugueses foram de mais de 8 anos. Tais dados apontam que os enfermeiros brasileiros possuem menos tempo na instituição e com pouco tempo de atuação na unidade quando comparado com os enfermeiros portugueses.

Apesar da mediana de idade para ambos os grupos de enfermeiros serem de 36 anos, o tempo de experiência para os três aspectos mensurados se mostrou menor no HB. Nesse hospital o tempo de experiência foi menor do que 7 anos.

A literatura revela que o tempo de atuação na organização influencia na cultura organizacional (SCHEIN, 2009), o que influencia no conhecimento organizacional e na maturidade da cultura de segurança no ambiente laboral. Para Freitas et al. (2000) o desenvolvimento dos membros de uma organização é aprendido através da experiência do grupo.

Possivelmente pelos grupos de enfermeiros portugueses serem mais experientes na unidade e no hospital. É possível predizer que eles possuem

percepção mais precisa da cultura de segurança do paciente quando comparado com os enfermeiros brasileiros que são menos experientes.

Para Dias (2013) os valores e comportamentos são confirmados pelas experiências sociais na organização compartilhadas entre o grupo. Nesse sentido, os valores e comportamentos envolvem os grupos em relações internas da organização.

Na literatura de cultura organizacional o tempo é apresentado como fator fundamental para maturidade de uma cultura organizacional (SCHEIN, 2009).

Outro investigador (DIAS, 2013) menciona que a cultura é transmissível pela herança social na organização. Dito de outra forma, os trabalhadores adquirem cultura ao longo do tempo por meio de sua participação e convivência no ambiente organizacional, seja em um ou diversos grupos, e a consolida exercitando-a com outros trabalhadores.

Estudos apontam uma relação significativa da cultura de segurança com a idade e experiência profissional do enfermeiro (ABOSHAIQAH; BAKER, 2013; SOUSA, 2013; RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2013). Sabe-se que essas variáveis são elementos aglutinantes para a formação e o desenvolvimento de maturidade da cultura de segurança do paciente dentro da instituição de saúde, além do tempo refletir o comprometimento dos enfermeiros e engajamento frente à atribuição profissional na organização de saúde.

Diante do exposto, o tempo de experiência na instituição e na unidade reflete diretamente na experiência do enfermeiro, elevando o nível de proficiência profissional e influenciando o modo como o enfermeiro deve resolver os problemas na organização (BENNER, 2004).

5.1.2.2 Horas trabalhadas

No que se refere à carga horária trabalhada por semana no hospital, a diferença encontrada talvez reflita as diferenças entre os regimes de trabalho dos dois países pesquisados. Os enfermeiros brasileiros trabalham entre 20 a 39

horas por semana (69,70%), enquanto, que os enfermeiros portugueses trabalham 40 horas ou mais por semana (87,70%).

Em Portugal o regime de trabalho dos enfermeiros é de 40 horas semanais, baseado na Lei n. 68 de 29 de agosto de 2013 (PORTUGAL, 2013b), sabe-se que com a crise econômica que atravessa atualmente o país os enfermeiros tiveram aumento na carga horária de trabalho sem aumento do subsídio, causando insatisfação nos enfermeiros. Já no Brasil, existe variação dependendo da esfera pública ou privada, ou instância federal, estadual ou municipal, de 20 a 40 horas semanais (COFEN, 2011). No HB o regime de trabalho é de 30 horas semanais.

Duas pesquisas relacionam impacto de longas horas de trabalho de enfermagem sobre a avaliação da cultura de segurança e resultados. A primeira refere que longas horas trabalhadas diminuem o grau de segurança do paciente e aumenta o número de eventos notificados (WU, 2013). A segunda aponta que há relação significativa de longas horas trabalhadas com alguns indicadores de cuidados, como prevenção e queda do paciente (BROWN; WOLOSIN, 2013).

Ademais há uma lacuna quanto à percepção de cultura do paciente pelo enfermeiro ser influenciada pela permanência no hospital.

No estudo de Brown e Wolosin (2013) evidenciou que há diferença significativa entre prevenção e queda do paciente com carga elevada de trabalho do enfermeiro.

Há evidencia quanto associação de longas horas de trabalho de enfermagem e baixa relação enfermeiro-pacientes a resultados ruins. Isso levou a esforços para reformas, incluindo reformulações quanto à adequação as escalas de trabalho (WACHTER, 2010).

5.1.2.3 Pós-Graduação

Os dados evidenciam que a realização da pós-graduação por enfermeiros brasileiros é maior (79,00%) do que para os portugueses (53,30%). Talvez se deva à própria evolução da profissão e da pós-graduação nesses países, já que em Portugal a profissão é mais recente do que no Brasil.

O curso de pós-graduação em enfermagem *Lato Sensu* em Portugal surgiu na década de 80, já o *Stricto Sensu* nível mestrado surgiu nos anos 90 e o doutorado na primeira década de 2000 (BARBIERI-FIGUEIREDO, 2014), enquanto que no Brasil a pós-graduação em enfermagem *Stricto Sensu* nível mestrado em 1972 e doutorado 1982 (SCOCHI et al., 2013).

Contudo, tem-se observado tanto nos enfermeiros brasileiros como nos portugueses uma crescente busca pela capacitação, especialização e titulação acadêmica, apesar de Portugal atualmente passar por uma crise econômica que certamente contribuíra para o distanciamento dos enfermeiros pela pós-graduação (MACHADO, 2012).

Um estudo envolvendo trezentos hospitais em nove países europeus revelou que reduzir enfermeiros mais graduados nos serviços de saúde, para cortar custo na instituição, pode afetar adversamente os resultados dos pacientes, todavia, evidenciaram que uma ênfase crescente na educação para os enfermeiros teve redução da mortalidade nos pacientes, aquelas consideradas evitáveis. (AIKEN, et al., 2014)

Outro fator que pode influenciar é o fato de em Portugal as universidades públicas cobram um custo anual pelos cursos de pós-graduação, ao contrário do que observamos no Brasil, onde os cursos de pós-graduação nas universidades públicas são gratuitos.

É perceptível que houve avanços na pós-graduação em enfermagem tanto no Brasil como em Portugal, sendo orientada por políticas que propiciam novas conquistas, fortalecendo e trazendo inovações em suas ações para o alcance de impactos educacionais sócio-políticos e científico-tecnológicos significativos para a Enfermagem e Saúde, como ciência, tecnologia e profissão social (SCOCHI et al., 2013).

Fruto desta evolução da pós-graduação em enfermagem no Brasil, em 2010 a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) evidenciou um aumento expressivo de produção científica, quando o país ocupou o 6° lugar no *ranking* mundial, superando os Estados Unidos da América, Reino Unido, Austrália, França e Canadá (CAPES, 2010).

5.1.2.4 Acreditação/certificação

Quanto à acreditação/certificação dos hospitais, o HB não há, enquanto, que o português existe. No entanto, o que chamou atenção nos resultados encontrados nesse estudo foi que nem todos os enfermeiros informaram corretamente a existência ou não de acreditação hospitalar, pois 15,90% dos enfermeiros brasileiros e 28,90% dos enfermeiros portugueses referiram divergência nessa informação.

Supõe-se que esse resultado seja pela baixa participação e envolvimento dos enfermeiros nesse estudo no núcleo da qualidade e segurança do paciente.

A iniciativa de acreditação se traduz num processo de aprendizagem enriquecedor para os profissionais e potencialmente benéfico para as instituições hospitalares. Os processos de acreditação podem, além disso, levar as instituições e os seus profissionais a olhar para a estrutura e processos, como maneira de tentar garantir os melhores resultados possíveis, traduzindo-se na implementação de melhores práticas, recorrendo à tríade clássica de Donabedian.

Acredita-se que a estrutura e o processo de acreditação possam trazer benefícios consideráveis às instituições hospitalares, sobretudo, quanto à efetividade e custo-efetividade, e para os gestores que necessitam perceber qual é a melhor opção para promover melhores resultados (BOTO; COSTA; LOPES, 2008).

Diante do exposto, existe um movimento em Portugal direcionado para acreditação/certificação das organizações de saúde no âmbito nacional. Recentemente foi lançado o Manual de Acreditação de Unidades de Saúde (PORTUGAL, 2011), incentivado pelo DQS, no âmbito da DGS, assumindo o papel central de Coordenação da Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o Modelo adotado é da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), mas cada organização possui autonomia para adotar outro modelo, como é o caso do hospital português estudado, que adotou o modelo da *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS).

Como reflexo de tal movimento, em Portugal evidencia-se a partir do resultado do relatório nacional português (PORTUGAL, 2015a) que 53% dos

profissionais referiram trabalhar em instituições acreditadas, 35% não acreditada e 12% não souberam responder.

No Brasil, também existe um movimento nacional, mas os hospitais públicos não aderiram de maneira sólida e veemente. Percebe-se que a busca e o interesse maior ocorre nas instituições privadas de saúde. Um estudo realizado no Brasil por Clinco (2007) apresenta resultado forte para cultura de segurança do paciente acima de 75% de resposta positiva. Acredita-se que esse resultado esteja associado ao fato de ter incluído no estudo apenas hospitais acreditados, onde os profissionais estejam mais sensibilizados quanto aos desafios do processo de acreditação e aos padrões de qualidade da assistência prestada.

Apesar de a literatura ter demonstrado que não há obviamente garantias de que uma boa estrutura e a participação em processo de acreditação possam levar à melhores resultados, pois se admite que a relação entre os três aspectos não é linear, a de se considerar que o processo de acreditação promova diretamente o aprendizado para a instituição e profissionais envolvidos.

A acreditação hospitalar é uma eficaz ferramenta de avaliação e de gestão da qualidade para promover iniciativas e um reconhecimento externo e ao público de que a instituição cumpre, a partir das normas do órgão acreditador, os requisitos necessários para o desenvolvimento e a prestação de cuidados de saúde de qualidade em segurança e que possui um programa de melhoria da qualidade (PORTUGAL, 2015a).

No entanto, espera-se que o percurso da acreditação implique na participação e comprometimento desde os responsáveis a todos os profissionais da instituição, em que todos envolvidos participem do processo de transformação progressiva e contínua, que lhe permitirá alcançar de forma mais efetiva as metas propostas.

O processo de acreditação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade institucional, que passa a desempenhar continuamente nos métodos de prestação de cuidados ao paciente e nos resultados obtidos (VETTORI, 2012).

Por isso, a acreditação não deve ser entendida como um fim, mas como uma oportunidade de estabelecer melhorias e novos objetivos. É com esse propósito que deve-se refletir não somente sobre a situação atual da instituição,

mas também todo o potencial de desenvolvimento e crescimento na prestação dos cuidados em saúde.

Em síntese, percebe-se nesse estudo, uma boa taxa de adesão, comparado a outros estudos. As semelhanças encontradas nos enfermeiros foram idade média dos enfermeiros para ambos os países de 36 anos, predomínio do sexo feminino, atuando no serviço de clínicas médica e cirúrgica e com contato direto com o paciente.

A participação ínfima dos enfermeiros nos dois hospitais pesquisados no núcleo da qualidade e segurança do paciente, podendo repercutir no envolvimento e compromisso dos enfermeiros junto ao percurso e no processo de acreditação, e conseqüentemente na implementação de programas de melhorias no cuidado de saúde e no fortalecimento da cultura de segurança. É nessa direção que os enfermeiros nos dois hospitais referiram informação duvidosa quanto à instituição ter ou não acreditação.

Além da anterior, as outras diferenças observadas para o grupo estudado foram carga de trabalho dos enfermeiros no HP ser superior ao do HB, e este último ter mais enfermeiros com pós-graduação, mas são os que têm menos tempo de experiência profissional, na instituição e nas unidades pesquisadas.

5.2 Fragilidades da Cultura de Segurança do Paciente nos Hospitais

Neste tópico são discutidos os resultados encontrados provenientes das doze dimensões da cultura de segurança e os dois indicadores dos hospitais envolvidos no estudo.

Os dados revelam que as fragilidades encontradas no hospital brasileiro e no hospital português, foram respectivamente, “Resposta não punitiva ao erro” (23% e 28%), “Frequência de eventos notificados” (29% e 30%), “Suporte da gestão para a segurança” (15% e 48%) e “Profissionais (quadro pessoal)” (34% e 43%).

Além dessas, no hospital brasileiro há mais quatro dimensões frágeis “Trabalho em equipe entre as unidades” (23%), “Passagem de plantão ou

transferências internas” (36%), “Percepções gerais sobre segurança do paciente” (36%) e “Retorno informação e comunicação a respeito de erro” (39%).

A maior fragilidade encontrada no hospital brasileiro foi referente ao “Suporte da gestão para a segurança” (15%) e no hospital português foi a “Respostas não punitiva aos erros” (28%).

Quando se observa os resultados obtidos nesse estudo, evidencia-se que a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança variou significativamente entre as dimensões, para o hospital brasileiro foi 15% a 69% e no hospital português foi 28% a 79%.

Estudos no Brasil têm resultados distintos de escores da cultura de segurança 21% a 72% (REIS, 2013) e 55% a 92% (CLINCO, 2007).

Já em Portugal, resultados de investigações similares foram percebidos entre 30% a 79% (FERNANDES; QUEIRÓS, 2011), 22% a 71% (EIRAS et al, 2011) e recentemente foi divulgado o Relatório Nacional Português de 2015 revelando variação de 26% a 71% (PORTUGAL, 2015a).

Ao comparar os resultados encontrados nesse estudo aos realizados por outros investigadores tem-se valores similares no hospital português e distinto aos encontrados no hospital brasileiro, onde se percebeu escore da cultura de segurança menos alto.

A partir dos resultados encontrados nesse estudo, percebe-se que os enfermeiros que atuam em hospital acreditado possuem melhores percepções da cultura de segurança do paciente quando comparado à percepção de enfermeiros que atuam em hospital não acreditado.

As informações que serão apresentadas podem ser relevantes para se estabelecer estratégias e medidas de melhoria para benefício dos enfermeiros envolvidos na prestação do cuidado de saúde e dos pacientes que almejem condições essenciais para ser mais seguro, efetivo, centrado no paciente, eficiente, oportuno e equânime (IOM, 2001).

A seguir serão discutidas as dimensões comuns que se mostraram frágeis aos dois hospitais, seguida por aquelas dimensões especificamente frágeis no hospital brasileiro.

5.2.1 Fragilidades comuns nos Hospitais

As quatro dimensões comuns para os dois hospitais que se mostraram frágeis foram “Resposta não punitiva ao erro”, “Frequência de eventos notificados”, “Suporte da gestão para a segurança” e “Profissionais (quadro pessoal)”, as quais serão discutidas abaixo, e a seguir serão discutidas somente as áreas frágeis que se apresentaram no hospital brasileiro.

No hospital português nenhuma dimensão frágil foi particularmente diferente ao hospital brasileiro.

5.2.1.1 Resposta não punitiva ao erro (23% HB e 28% HP)

Essa dimensão compreende em como os profissionais se sentem em relação aos seus erros, se os erros cometidos podem ser usados contra eles e colocados em fichas funcionais.

Os resultados revelaram que a cultura de segurança nesse aspecto é bastante frágil. Tanto que no hospital brasileiro (23%) foi a segunda pior avaliação, e no hospital português (28%) foi a com escore menos elevado, expressando a dimensão com pior avaliação a partir da percepção dos enfermeiros do estudo comparado com todas as outras dimensões.

Esses resultados refletem que prevalece na percepção dos enfermeiros a ideia de punição aos erros nas duas organizações estudadas. Estudos brasileiros e portugueses corroboram com os mesmos resultados encontrados, 18% (MELLO; BARBOSA, 2013), 21% (SOUSA, 2013), 21% (REIS, 2013), 33% (PIMENTA, 2013) e 30% (FERNANDES; QUEIRÓS, 2011).

Nessa dimensão, os enfermeiros desse estudo expressaram na avaliação no que diz respeito à resposta organizacional aos erros, trazendo aspectos fundamentais da cultura de segurança do paciente, pois a forma como a organização se posiciona diante desses fatores pode impactar diretamente no comportamento e atitudes dos profissionais, influenciando na notificação dos

incidentes, dos eventos adversos, na interpretação e nas tomadas de decisão para que medidas preventivas sejam adotadas visando à melhoria contínua da assistência.

Os enfermeiros dos dois hospitais expressaram em todos os itens que compõem a dimensão uma percepção frágil. A cultura de segurança nos hospitais estudados configura-se como uma cultura punitiva frente aos erros cometidos pelos enfermeiros, em que eles temem que seus erros sejam expostos e usados contra eles. De fato esses itens merecem intervenção junto aos gestores clínicos para a reversão desse resultado, visando uma cultura de segurança pautada na transparência, na confiança e na comunicação dos erros.

Teoricamente, sabe-se que o “erro” traz uma conotação negativa, de falhas, de frustração, de danos causados e, naturalmente também da culpa individual (FRAGATA, 2006). No entanto, na área da saúde esse aspecto não é diferente, pois os enfermeiros nos dois hospitais estudados demonstram sentimento de culpa diante do erro cometido.

Mas, como reconhece Vincent (2009) errar é humano. É verdade que o erro nunca deixará de existir enquanto houver humanos prestando cuidados em humanos, mas conseguirão reduzir o quantitativo e a consequência do erro, talvez, a partir de implementação de estruturas e processos mais seguros nas instituições.

No entanto, a experiência e a literatura sugerem e têm demonstrado que os erros devem permitir a desculpabilização do erro humano, pois desde sempre se soube que em toda atividade mediada por humano há a possibilidade de ocorrência de erros. Sendo assim, o erro deve ser visto como uma utilidade para análise do ocorrido nas instituições de saúde e essa é, necessariamente, uma oportunidade de aprendizagem, a fim de prevenir novas ocorrências de erros pelo conhecimento das suas possíveis trajetórias (FRAGATA, 2006). A maioria das vezes a origem do erro pode ser o sistema ou o processo em que ele ocorreu, não a do profissional que diretamente está relacionado à atividade em que ocorreu o erro.

Existe uma tendência em estigmatizar e punir a falibilidade, onde o erro se equipara à incompetência (REIS, 2014). Essa pode ser uma das razões que leva o profissional a não realizar a notificação de eventos, temendo ser punido,

exposto diante dos colegas de trabalho e até mesmo ser demitido da organização (REIS, 2013). O mesmo pode acontecer ao registro de incidente no prontuário do paciente (BARCELLOS, 2014).

Parece que esse achado prevalece nos estudos da cultura de segurança, como se pode observar no estudo de Hamdan e Saleem (2013) envolvendo 1.460 profissionais de saúde, revelando também a existência de cultura punitiva e de culpa. O pesquisador apontou que essa dimensão é o principal desafio de melhorias para os cuidados seguros de saúde aos pacientes hospitalares.

O mesmo foi encontrado no estudo de Hughes, Chang e Mark (2012) abrangendo 3.689 enfermeiros de unidade médico-cirúrgica, em que o medo em relatar o erro persiste a ser problemático e atributo frágil, precisando de estratégia para melhorar tal dimensão.

Smits et al. (2012) comparou os serviços em um hospital na Holanda quanto à dimensão resposta não punitiva ao erro e evidenciou que as unidades de clínicas e cirúrgicas obtiveram melhores escores da cultura de segurança comparado com a emergência.

Como visto, a cultura de segurança é um conjunto de valores, atitudes, comportamentos e competências, que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2015). O sistema de notificação de eventos e incidentes deve focar claramente o aprendizado (VINCENT, 2011), mas, por outro lado, aprender com o erro exige vencer obstáculos psicológicos, individuais, grupais e organizacionais (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014).

Baseado na IOM, uma investigadora (SILVA, 2012) declara que a cultura da segurança no cuidado em saúde requer três elementos, a crença que, embora os processos de cuidado em saúde sejam de alto risco, eles podem ser planejados para prevenir o dano; um comprometimento ao nível da organização para detectar os erros e aprender com os mesmos; e um ambiente institucional que gerencia os erros quando os profissionais conscientemente aumentam os riscos para os pacientes e seus pares.

Um estudioso (ALAHMADI, 2010) desenvolveu uma pesquisa com 223 enfermeiros, gestores e outros profissionais de saúde, evidenciando que a

liderança se associa como um elemento crítico para resposta não punitiva ao erro, sobretudo, para a eficácia e efetividade das estratégias de segurança do paciente nos hospitais.

Assim, as instituições de saúde devem colocar em prática políticas que encorajam os profissionais a notificarem sem o caráter punitivo, mudando a realidade tradicional da culpa que tem desencorajado bastante os profissionais a relatarem o erro (BATALHA, 2012).

As instituições hospitalares de saúde devem combater o medo da culpa entre os profissionais e criar estratégias que prevaleça um clima de comunicação proativa e aberta, pautada no aprendizado pelo erro.

Quando um erro ocorre é importante que se inicie uma análise por peritos das suas possíveis causas, quer próxima quer remota, uma análise que vá à raiz do problema. Para isso, existem atualmente algumas ferramentas que podem auxiliar o gestor na análise, identificando as responsabilidades humanas e do sistema. O resultado deve fundamentalmente ser direcionado para correção das falhas, de modo que o mesmo erro não volte a ocorrer.

Na saúde, o erro humano pode ocorrer em decorrência de fatores isolados ou múltiplos, podendo estar inerente ao paciente ou institucional, financeira e de recursos estruturais, além do próprio fator humano, como a falta de competência e habilidade. O primeiro passo para o entendimento e prevenção do erro humano é conhecer a possibilidade de sua ocorrência, além dos tipos, causas e consequências (PETERLINI, 2014).

Partindo desse contexto, os erros durante a prestação do cuidado em saúde pode levar a incidentes e eles podem levar a ocorrência de evento adverso. Por meio de tal entendimento, é importante a concepção de um sistema de saúde robusto e forte que encare a tolerância à falha (EIRAS et al, 2011). Porém, a ideia de que na área da saúde não se pode errar é uma inverdade, pois profissionais são humanos e falham durante a execução da prática profissional. Diante do fato, o primeiro passo é reconhecer e produzir retorno eficaz aos incidentes até que o sistema perceba que o aprendizado a partir do erro seja uma realidade organizacional.

Quando o paciente procura o ambiente de cuidados à saúde espera ser tratado e cuidado de modo a atender sua expectativa quanto à melhoria da

condição clínica ou cirúrgica. Todos estão seguros e confiantes dos cuidados que receberão livres de qualquer risco advindo dos procedimentos a que serão submetidos, pois é depositada nos profissionais a probabilidade do sucesso (EIRAS et al, 2011). Certamente os pacientes possuem expectativas positivas em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem que vão receber.

Nenhum paciente ingressa no sistema de cuidados de saúde com esperança de que sua condição agrave em resultado de incidentes sofridos decorrentes do cuidado de enfermagem ou procedimento realizado. Para isso, espera-se que os profissionais de enfermagem estejam engajados nas suas responsabilidades, compromissos, formação, atualização e nos cumprimentos de normas institucionais a fim de desenvolverem as atividades cotidianas com segurança. Mas necessitam estar cientes dos riscos de incidentes ou eventos inerentes aos cuidados de saúde, que quando surgem é preciso que sejam reconhecidos de forma pontual, pois em sistemas complexos, como é o caso da saúde que envolve atividades de elevada fiabilidade (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014), os incidentes ou eventos poderão ocorrer causando incidentes com ou sem danos aos pacientes.

O profissional quando se encontra envolvido em incidentes ou eventos adversos demonstra angústia, sentimento de medo e de culpa. Na maioria dos estudos da cultura de segurança do paciente a dimensão resposta não punitiva ao erro é uma das dimensões que revela escore frágil.

Portanto, os erros afetam de maneira negativa os profissionais de enfermagem, que são formados dentro dos princípios éticos e morais da profissão para realizar e fazer o bem e nunca causar dano ao paciente. Esses eventos podem causar abalos emocionais e traumas psicológicos que podem ser opressivos e prejudiciais (BRASIL, 2014).

Um estudo realizado com enfermeiros revelou que os sentimentos negativos levam a subnotificação ou em não notificação de eventos na instituição, em virtude também do extenso e detalhado relatório que eles precisam elaborar (PETERLINI, 2014). Certamente esses fatos também podem contribuir para a dimensão frequência de eventos notificados que se mostrou frágil em ambos os hospitais desse estudo.

Pimenta (2013) corrobora que de fato ao intervir na resposta não punitiva ao erro, influencia-se também na frequência de eventos notificados.

Em síntese, uma cultura não punitiva é importante para divulgação na organização, aberta e transparente de erros, compreendida por encorajar uma abordagem de sistemas abertos e frontalmente com as falhas e os erros. É preciso, que a cultura de segurança dentro das organizações de saúde venha a evoluir, deixando de existir a cultura culpabilizante, ainda focada no indivíduo, e sim focada no sistema de aprendizagem, identificando e compreendendo as causas (PIMENTA, 2013). O erro pode ser encarado como algo que pode trazer aprendizado organizacional melhoria na qualidade da assistência, mas para isso existe a necessidade de se criar a cultura de segurança na organização.

5.2.1.2 Frequência de eventos notificados (29% HB e 30% HP)

Essa dimensão aborda a frequência com que os enfermeiros realizam notificação de quase evento, incidentes e eventos adversos. As respostas positivas demonstraram uma dimensão frágil tanto no hospital brasileiro (29%) como no hospital português (30%). Outros estudos tiveram resultados variados em estudos brasileiros 38% (MELLO; BARBOSA, 2013) e 55% (REIS, 2013), e portugueses 28,1% (SOUSA, 2013), 33% (FERNANDES; QUEIRÓS, 2011) e 51% (PIMENTA, 2013).

Percebe-se que ambos os hospitais apresentaram respostas positivas frágeis nos três itens, no qual ainda se tem uma frágil cultura de notificação de eventos como oportunidades de melhorias.

O estudo tem evidenciado que a baixa frequência de notificação na área da saúde se relaciona à barreira da comunicação e à alienação dos profissionais diante de tantos processos burocráticos da instituição (BATALHA, 2012).

O registro serve para detectar e estimar a ocorrência de eventos, avaliar suas causas e sua severidade, de forma que a análise dessas informações permita desenvolver ações e priorizar esforços que realmente promovam a segurança do paciente (PETERLINI, 2014).

No Brasil, por meio da Portaria 1.660 de 22 de julho de 2009 (BRASIL, 2009) foi instituído o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS) com finalidade de monitorar, analisar e investigar os eventos adversos e queixas técnicas relacionados aos serviços e produtos sob vigilância sanitária na fase de pós-comercialização/pós-uso. Apesar dessa iniciativa nacional, a instituição hospitalar brasileira do estudo ainda não conta com um sistema interno de notificação de eventos, corroborando talvez, com a baixa porcentagem de resposta dos enfermeiros para os três itens associados à frequência de eventos notificados.

Por outro lado no hospital português, embora se evidencie um sistema interno na instituição sobre esse estudo e um Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PORTUGAL, 2012) para a notificação de eventos, os enfermeiros que participaram do estudo referiram o mesmo resultado que o hospital brasileiro.

Diante desses achados, acredita-se que a existência de um sistema de notificação de eventos que seja com caráter interno ou externo à instituição, por si só não é suficientemente relevante para tornar o ato de notificar frequente. Isto é, é preciso muito mais do que o sistema de notificação para melhorar esse indicador.

O mesmo achado foi detectado no estudo de Hamdan e Saleem (2013), em que prevalece uma cultura de segurança frágil para notificação de eventos. Igualmente no relatório nacional português de 2015, revelando que a cultura de notificação de eventos dos hospitais portugueses é fraca (PORTUGAL, 2015a).

No estudo de WU (2013) associando longas horas de trabalho de enfermagem ao número de notificações de eventos percebeu-se que houve aumento no número de notificações, embora a nota de segurança do paciente atribuída pelos enfermeiros diminuiu.

A notificação de eventos pode variar entre as unidades do mesmo hospital, como revelado no estudo de Smits et al. (2012), em que as unidades de clínicas cirurgia e médica tiveram escores mais elevados com outras unidades em relação à notificação de eventos.

Acredita-se que a implementação de um sistema de notificação específico para a enfermagem seja um mecanismo eficaz para possibilitar uma discussão

dos incidentes e oferecer *feedback* para o grupo de profissionais, essa prática foi bastante positiva no estudo realizado por Eiras et al (2011).

Outro estudo (BALLANGRUD; HEDELIN; HALL-LORD, 2012) envolvendo 220 enfermeiros de UTI encontrou baixa notificação de incidentes, *feedback*, aprendizado organizacional, melhorias contínuas e comunicação sobre erros.

Uma investigação envolvendo enfermeiros foi realizada associando a cultura de segurança ao número de notificações de eventos. Percebeu-se que existe associação significativa entre a cultura de segurança organizacional positiva e a disponibilidade dos enfermeiros para notificação, e assim para melhorar a segurança do paciente (KAGAN; BARNOY, 2013).

Um sistema de notificação deve possuir características ideais como caráter não punitivo, confidencial, independente, análise por peritos, agir a tempo em alguns casos, orientado por um sistema e atender ao intuito de prevenção de erros futuros (FRAGATA, 2006).

Talvez outros fatores estejam associados à frequência em notificar eventos, como o treinamento, envolvimento e compromisso dos colaboradores, conhecimento do sistema de notificação, comunicação descendente e dentre outros.

Em síntese, evidencia-se que a frequência de eventos notificados foi uma dimensão frágil em ambos os hospitais, embora o hospital português tenha acreditação, mas a existência de um sistema de notificação interno não se apresentou como ponto fundamental para elevar a frequência de notificação de eventos a partir da percepção dos enfermeiros nesse estudo. Um sistema de notificação específico para área da enfermagem poderia auxiliar os gestores a compreender e a classificar a tipologia dos erros em enfermagem, possibilitando criação de estratégias específicas.

5.2.1.3 Suporte da gestão para a segurança (15% HB e 48% HP)

Nessa dimensão, os enfermeiros avaliaram os aspectos de como a administração e gestão do hospital demonstram interesse pelo assunto da segurança do paciente.

Ambos os hospitais revelaram resultados preocupantes da cultura de segurança frágil para o assunto, no hospital brasileiro (15%) e no hospital português (48%).

Particularmente, no hospital brasileiro foi a dimensão que expressou pior avaliação comparada com todas as outras dimensões, sob a óptica da percepção dos enfermeiros participantes deste estudo.

Outros estudos tiveram resultados variados, em Portugal 67% (PIMENTA, 2013), 44% (FERNANDES; QUEIRÓS, 2011) e 24% (SOUSA, 2013). No Brasil, 92% (CLINCO, 2007), 54% (REIS, 2013) e 13% (MELLO; BARBOSA, 2013).

Estudo de Hamdan e Saleem (2013) na Cisjordânia envolvendo 1.460 profissionais de saúde, identificou uma cultura de segurança frágil para apoio da gestão com relação às medidas de segurança do paciente.

O resultado encontrado nesse estudo foi o mesmo percebido no estudo de Chaboyer et al. (2013) com profissionais de saúde em dez UTIs revelando uma baixa percepção da cultura de segurança quanto ao suporte da gestão hospitalar, particularmente nos enfermeiros.

O estudo de Thompson et al. (2011) comparou a percepção da cultura de segurança de profissional de enfermagem e líder, revelando que este último possui escores mais elevados de cultura de segurança quando comparado com os enfermeiros.

Apesar de a dimensão ter se apresentado como frágil no hospital português, um único item foi frágil, no que refere às ações promovidas pela gestão, somente quando há evento adverso. Ao contrário do que se evidenciou no hospital brasileiro, a partir da percepção dos enfermeiros, em que todos os itens da dimensão expressaram escore mais baixo revelando uma cultura de segurança frágil. Tal resultado aponta que uma instituição hospitalar acreditada pode expressar melhores escores para cultura de segurança do paciente.

Nesta dimensão percebe-se que os enfermeiros dos dois hospitais, sobretudo, no hospital brasileiro, têm a percepção de que os gestores se preocupam de maneira insuficiente para questões referentes à segurança do paciente, revelando uma situação crítica para a administração hospitalar.

Passados dezesseis anos da divulgação do relatório do *Institute of Medicine*, o cenário atual é surpreendente, pois não se obteve grande avanço e melhoria, segundo esse mesmo instituto, em 2012 foi evidenciado que um a cada três pacientes sofre um evento adverso durante o período de internação e um a cada cinco regressa ao hospital para reinternação em até trinta dias (IOM, 2013).

A gestão hospitalar deve contribuir para uma melhor governança da prática de saúde hospitalar e para redução de eventos adversos e incidentes, permitindo a melhoria nos níveis de segurança do paciente (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014). É fundamental sistematizar no hospital um processo educativo, permanente para todas as equipes, focado nos riscos à saúde advindos de erros, eventos adversos e incidentes, segundo legislações e padrões de qualidade recomendados (VETTORI, 2012).

Quanto ao primeiro item da dimensão direcionado à propiciar um clima de trabalho que promova segurança, o resultado evidenciou uma cultura frágil no hospital brasileiro e neutro no hospital português. Isto é, os enfermeiros no hospital possuem a percepção de que os gestores não se envolvem com as questões de segurança do paciente a partir de atitudes que promovam a segurança dos pacientes (COLLA, 2005). Podendo assim ser considerado como um fenômeno temporário, relativamente instável à alteração, ou seja, o clima de segurança da gestão pode mudar mediante a ocorrência de incidentes no ambiente hospitalar (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Diante do exposto, o segundo item que se refere às ações da gestão demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade, mas percebe-se que os enfermeiros no hospital brasileiro referiram não ser. Já no hospital português foi um item neutro, acredita-se que por ser uma instituição acreditada, tendo sua estrutura e seus processos mais formais e sólidos, assegurando continuamente a prestação de cuidados de saúde seguros e de elevado nível de qualidade em qualquer situação ou momento.

Quanto ao terceiro item da dimensão direcionado aos dois hospitais estudados priorizarem a segurança do paciente na ocorrência de um evento adverso, ambos evidenciaram grau de discordância baixa para o item. Tal resultado exprime confirmação dos itens anteriores de que os hospitais possuem o estágio reativo de maturidade da cultura de segurança, em que a instituição se interessa pela segurança somente após ocorrência de incidente e evento adverso, na tentativa de corrigir ações e prevenir a repetição do evento (HUDSON, 2003b).

A partir do levantamento nacional realizado pela Direção Geral da Saúde em Portugal (PORTUGAL, 2015a) a cultura de segurança do paciente nos hospitais ainda não é amplamente assumida como uma prioridade pelos profissionais e instituições, apesar, do último levantamento nacional revelar que 53% das instituições portuguesas possuem acreditação.

No contexto da saúde hospitalar é fundamental que a direção e gestão hospitalar adotem uma política de prevenção de incidentes, como um requisito para a segurança, cujos principais propósitos sejam o de criar uma base consistente e segura para a tomada de decisão, assim como para o planejamento da segurança do paciente, a partir da monitorização e minimização de incidentes que possam causar eventos adversos (IHI, 2013). Tal gerenciamento poderá ser realizado por um comitê multidisciplinar que sistematize programas e processos que identifiquem as oportunidades e ameaças e que extraia proveito das inseguranças e variabilidades como aprendizado organizacional (VETTORI, 2012).

É reconhecido que uma gestão forte e efetiva é um fator preponderante nas instituições de saúde, onde os gestores devem ser conhecedores em segurança do paciente como uma prioridade bem como a criação de ambientes seguros (EIRAS, 2014). Para essa mesma autora, os gestores detentores de alta literacia, compreendido pela capacidade de compreender e utilizar a informação para a prática, em segurança do paciente são capazes de contribuir para a criação de ambientes promotores de uma verdadeira cultura de segurança.

No hospital português foi percebido que há um movimento pelo gabinete da gestão da qualidade e segurança do paciente em selecionar um profissional de saúde em cada serviço, que esteja em contato direto com os profissionais desse serviço para ser o interlocutor, isto é, esse profissional fará ligação entre o serviço

e o gabinete da gestão para promover ações, estratégias e *feedback*. Talvez, essa prática e experiência possam trazer benefícios e ser importante para garantir a continuidade das ações em saúde implementadas nos serviços do hospital português estudado.

Em síntese, os resultados expressos nessa dimensão demonstram particularmente no hospital brasileiro, que os gestores estão ainda retraídos quanto à implantação de iniciativas e à mobilização para o assunto da segurança do paciente. Embora, o movimento em prol desse assunto iniciou-se na década de 90 do século XX, nos EUA. Em comparação, os resultados encontrados no hospital português foram melhores, porém ainda não tão significativos e fortes como esperando para um hospital acreditado.

5.2.1.4 Profissionais (quadro pessoal) (34% HB e 43% HB)

A dimensão compreende se há quantidade suficiente de profissionais para a quantidade de trabalho, se são capazes de lidar com sua carga de trabalho, se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor cuidado e se há profissionais terceirizados para realizar o cuidado ao paciente.

Os resultados revelaram que a cultura de segurança nesse aspecto é frágil tanto no HB (34%) como no hospital português (43%). Resultados de outros estudos brasileiros e portugueses estão bem próximos do encontrado nesse estudo, Sousa (2013) 34,5%, Reis (2013) 42%, Mello e Barbosa (2013) 44%, Pimenta (2013) 45%, Fernandes e Queirós (2011) 46% e Clinco (2007) 68%.

Os enfermeiros nos dois hospitais estudados quando questionados sobre o dimensionamento ser suficiente para o desempenho das atividades de enfermagem demonstraram uma percepção frágil, revelando que não há nos serviços uma quantidade adequada e suficiente de profissionais para prestação de cuidados aos pacientes.

Quanto ao item que se refere aos enfermeiros trabalharem mais do que seria desejável para o cuidado do paciente, obteve-se uma avaliação expressiva, sobretudo, no hospital português, de que concordam que estão trabalhando mais

horas para promover o cuidado. Tal fato corrobora com o que foi percebido na caracterização da população desse estudo, em que os enfermeiros portugueses trabalham 40 horas semanais ou mais para prestar o cuidado ao paciente, confrontando com os enfermeiros brasileiros que trabalham na maioria até 39 horas semanais.

Diante do exposto, percebe-se nesse estudo que os enfermeiros portugueses trabalham mais horas por semana para efetivar o cuidado ao paciente comparado aos enfermeiros brasileiros que trabalham menos horas para promover o cuidado.

Os resultados dos cuidados prestados aos pacientes dependem não somente do tipo e gravidade da enfermidade, mas também dos recursos humanos existentes, como o dimensionamento do pessoal da enfermagem, entre outros aspectos ambientais, estruturais e da cultura organizacional (PIMENTA, 2013).

Para Kurcgant (2010) o dimensionamento em enfermagem é uma etapa inicial do processo do trabalho de provimento de pessoal que tem por finalidade a revisão do quantitativo e qualitativo de profissionais requeridos para atender direta e indiretamente as necessidades de assistência de enfermagem (WHO, 2009). Quando essa adequação é inadequada ao desejável pode gerar danos ao paciente, comprometendo o direito de assistência à saúde, livre de riscos inerentes ao cuidado à saúde.

É o que se pode observar no estudo de Versa et al. (2011) apontando associação positiva para o dimensionamento inadequado e o aparecimento de danos à saúde do paciente, revelando que se o quantitativo de profissionais de enfermagem fosse adequado diminuiria em 53% o risco de pneumonia associada à ventilação mecânica.

Outro estudo envolvendo nove hospitais aponta associação positiva entre prevenção e queda do paciente com a rotatividade de pessoal e carga de elevada de trabalho (BROWN; WOLOSIN, 2013).

Como se pode perceber é possível calcular o dimensionamento de pessoal por nível de complexidade dentro da organização de saúde, mas a realidade em algumas instituições é que os gestores frequentemente contam com o uso de horas extras para cobrir as demandas dos serviços (GARRETT, 2008), como é o caso do hospital português que conta frequentemente com horas extras dos

enfermeiros. Embora se saiba que essa prática pode gerar uma exaustão física e mental no profissional, contribuindo negativamente para a prestação de cuidado à saúde de qualidade e seguro.

Outro estudo (HUGONNET; CHEVROLET; PITTET, 2007) menciona associação significativa entre o número de pessoal de enfermagem subestimado e o aumento em 50% de risco de infecção relacionado à assistência à saúde, o segundo detectou 30% de redução de infecções relacionado à assistência à saúde entre aqueles que foram atendidos por um quantitativo de enfermagem adequado.

Nesse contexto, para alcance da segurança do paciente, a otimização de recursos existentes nos serviços e a alocação de pessoal de enfermagem qualificado para a assistência são quesitos indispensáveis uma vez que a equipe de enfermagem superestimada implica em alto custo e, quando reduzida, pode ocasionar menor eficiência do serviço prestado (VERSA et al., 2011).

O fato a se destacar é a crescente pressão sobre os gastos em saúde (PIMENTA, 2013), e por outro lado tem-se o aumento da expectativa de vida nos dois países e a introdução de novas tecnologias, o que torna a gestão do dimensionamento de pessoal em enfermagem uma tarefa cada vez mais problemática nas instituições de saúde pela contenção de custos (AIKEN, 2012).

No que se refere ao item sobre a necessidade de mais enfermeiros temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente, no hospital brasileiro encontrou-se um escore frágil, diferente do encontrado no hospital português, que mostrou um item quase forte (71%), revelando que quase não há profissionais terceirizados/temporários para promover o cuidado, formando um grupo de enfermeiros sólidos e experientes na instituição.

Diante desse resultado podemos perceber que a cultura organizacional é um aspecto fundamental para a identidade da instituição de saúde (DIAS, 2013) pois profissionais terceirizados/temporários podem se associar a rotatividade de profissional dentro da instituição de saúde.

Por esse motivo, é possível dizer que os profissionais terceirizados, por estarem por um período de tempo limitado na organização, podem apresentar diferenças na incorporação da política, da missão e os valores institucionais, o que influenciaria na cultura de segurança na instituição.

Dois aspectos dividem discussões, um relacionado ao trabalho com equipe fixa e outra com equipe em que os membros possuem alta rotatividade. Wachter (2010) defende a ideia que a mutabilidade e o tipo de contrato de trabalho não podem ser um impeditivo para se efetivar o trabalho em equipe, quando se tem na organização estratégias e protocolos bem definidos que independem dos profissionais para assegurar a segurança do paciente.

No último item que se refere aos profissionais trabalharem em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido, o resultado chama-nos atenção nos dois hospitais desse estudo, pelo fato dos enfermeiros afirmarem que realizam muitas atividades sob pressão e de forma muito rápida.

A partir da percepção dos enfermeiros nos dois hospitais envolvidos nesse estudo, constatou-se que o resultado do item anterior vai ao encontro com o item que se refere aos profissionais trabalharem mais horas do que desejado para a segurança do paciente. Porém, o aspecto relevante na organização de saúde relaciona-se com a resiliência dos sistemas e dos profissionais em situação de crise, pois compreende a capacidade das organizações e os profissionais resistirem, responderem e se adaptarem às pressões dos diversos segmentos inerentes à prestação de cuidados de saúde (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014).

A pressão no trabalho pode gerar resultado positivo em certas situações, mas, noutra negativo, principalmente porque no âmbito da saúde a probabilidade do erro levar à fatalidade é elevada.

Observa-se nos hospitais estudados, que os resultados expressos pelos enfermeiros que participaram desse estudo são preocupantes. Os gestores devem realizar o dimensionamento conforme as necessidades e investir em recursos humanos de qualidade, procurando manter uma relação trabalho-profissional adequados para assim melhorar a segurança do paciente.

Em síntese, todos os itens que compõem essa dimensão, exceto o item que trata de enfermeiros terceirizados no hospital português, foram avaliados de forma a corroborar com as condições desfavoráveis de trabalho dos enfermeiros a que estão expostos nos serviços estudados, como dimensionamento inadequado, longas horas de trabalho, condições precárias de trabalho, contratos de trabalho

desfavoráveis para o trabalhador e ritmo e intensidade de trabalho para além da capacidade da carga de trabalho.

5.2.2 Fragilidades no Hospital Brasileiro

As discussões das quatro dimensões que se mostraram frágeis no HB serão realizadas na seguinte ordem “Trabalho em equipe entre as unidades” (23%), “Passagem de plantão ou transferências internas” (36%), “Percepções gerais sobre segurança do paciente” (36%) e “Retorno informação e comunicação a respeito de erro” (39%).

5.2.2.1 Trabalho em equipe entre as unidades (23%)

Essa dimensão versa sobre o trabalho em equipe entre as diversas unidades do hospital. O resultado encontrado expressa a segunda pior dimensão no hospital brasileiro, juntamente com a dimensão “Resposta não punitiva ao erro” discutida no tópico anterior.

Os itens da dimensão se referem à existência de cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes, além de ter que trabalhar com profissionais de outras unidades, independente do vínculo empregatício.

Em estudos brasileiros, os resultados oscilam de 27% a 86% (CLINCO, 2007; MELLO; BARBOSA, 2013; REIS, 2013). Em Portugal de 35% a 61% (SOUSA, 2013; FERNANDES; QUEIRÓS, 2011; PIMENTA, 2013).

Um estudo envolvendo 140 enfermeiros obstétricos avaliou a cultura de segurança e trabalho em equipe, evidenciando que o trabalho em equipe entre enfermeiros mais jovens precisa de mais suporte e habilidade do que esse mesmo trabalho comparado com os enfermeiros mais experientes (RAFTOPOULOS; SAVVA; PAPADOPOULOU, 2011).

Talvez os resultados da dimensão no hospital português tenham sido melhores por se tratar de enfermeiros mais experientes na unidade e na instituição, corroborando com a ideia de que os mais experientes possuem maiores competências e habilidades para efetivar o trabalho em equipe, ao contrário do resultado encontrado a partir da percepção dos enfermeiros no hospital brasileiro.

Quanto ao item que se refere à cooperação dos profissionais, observa-se que a dimensão que se relaciona com o trabalho em equipe “dentro da unidade” obteve resultado mais elevado quando comparado à cooperação da dimensão do trabalho em equipe “entre unidades”. Com isso, evidencia-se que a cooperação dos enfermeiros se dá mais dentro do que entre as unidades, esse fato ocorre nos dois hospitais estudados, no entanto, com escores menos altos para os enfermeiros no hospital brasileiro.

Os enfermeiros no hospital brasileiro revelaram que há pouca cooperação para o efetivo trabalho em conjunto para prestar o melhor cuidado ao paciente. Para Barcellos (2014) há um ponto crítico na relação da intersectorialidade no ambiente de trabalho hospitalar. As unidades de um hospital devem permitir, idealmente, o trabalho entre os integrantes da equipe para discussão dos casos, das ocorrências, das metas, em um formato colaborativo e pactuando decisões coletivas. Acredita-se que essa iniciativa poderá aumentar a cooperação do trabalho entre as unidades do hospital.

No que diz respeito ao item sobre se as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si, os enfermeiros no hospital brasileiro discordam da questão. Destaca-se que nesse hospital a coordenação entre as unidades foi a quarta pior avaliação, revelando aspectos problemáticos para os gestores.

O trabalho em conjunto e a coordenação entre os diversos serviços do hospital são de fundamental importância para a segurança do paciente, sobretudo, para o envolvimento de todos os profissionais para o efetivo trabalho em equipe.

Num ambiente hospitalar com um mau trabalho em equipe no que diz respeito à cooperação, à coordenação e ao trabalho em conjunto para prestar o melhor cuidado entre as unidades do hospital, a complexidade da tarefa pode agravar-se, refletindo em uma má cultura organizacional de segurança.

Teoricamente equipes com melhores competências e habilidades, e cooperação tendem a ser pequenas. Esse achado foi percebido na investigação realizada por Raftopoulos, Savva e Papadopoulou (2011) envolvendo 67 maternidades no Chipre com instalações pequenas.

Para o último item, a partir da percepção dos enfermeiros no hospital brasileiro, no que se refere a sentir-se desagradável em ter que trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital foi percebido baixo escore para o item, trazendo a ideia de que não se sente confortável em trabalhar com profissional de outra unidade. Esse item expressa que em caso de remanejamento de profissional entre as unidades os que acolhem não se sentem confortáveis em fazê-lo, ocasionando privação de sinergia na interação entre os membros.

Para melhorar a comunicação no trabalho em equipe sugere-se o emprego da palavra, *Concerned* (estou preocupado com), *Uncomfortable* (estou desconfortável) e, por fim, *Safety* (segurança) – CUS. Essa técnica possibilita uma preocupação em ordem escalonada, em que o profissional do nível hierárquico mais abaixo exija a atenção do profissional acima. Em geral, inicia-se a conversa com a seguinte palavra “estou preocupado com”, seguida “estou desconfortável”, e por último, “este é um assunto de segurança” (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Observa-se que o trabalho em equipe entre as unidades não obteve resultado significativo comparado com o trabalho em equipe dentro da unidade. Sabe-se que o processo de trabalho em equipe em saúde é complexo e apresenta um nó crítico, podendo dificultar a relação entre os profissionais dos diversos setores, implicando na potencialidade dos saberes e na acumulação de forças com objetivo do melhor cuidado para o paciente (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014).

No geral essa dimensão mostrou-se frágil em todos os itens para o hospital brasileiro que não possui acreditação, expressando que a dimensão necessita de maiores intervenções pelos gestores, diferente do que foi referido pelos enfermeiros no hospital português acreditado, que revelaram melhores escores para os itens.

Sabe-se que o trabalho em equipe é uma competência relevante por facilitar e permitir a participação de membros nas decisões, mas para isso é importante que o líder de equipe estimule e realize treinamento contínuo com a equipe, de modo a possibilitar o desenvolvimento e aprimoramento de habilidade e competências para o efetivo trabalho em equipe entre as unidades.

Apesar disso, alguns autores defendem a ideia que o treinamento aos membros da equipe não deve ser realizado com equipes fixas, partindo do princípio que é estritamente preciso haver rodízio entre os membros, pelo fato de se acostumarem com as características profissionais e individuais um dos outros.

De fato essa ideia foi apresentada nos estudos de Blegen et al. (2010) e Jones, Podila e Powers, (2013) em que houve melhorias nas dimensões da cultura de segurança por meio do treinamento e implementação de uma abordagem multidisciplinar com trabalho em equipe e intervenção em comunicação.

Outro investigador defende a ideia que para ser membro de equipe de alto desempenho, os membros necessitam de formação e treinamento inicial de desenvolvimento de trabalho em equipe (FRAGATA, 2011), pois o que se percebe muitas vezes na prática é a ausência de integração suficiente ao novo membro na equipe, levando continuamente ao desconhecimento da política da instituição, assim como os protocolos, normas e regras, dificultando a inserção do membro na equipe, interferindo no desenvolvimento de habilidades e competências do trabalho em equipe.

A gestão moderna tenderá a focar na sinergia do trabalho em equipe que permitirá que as instituições melhorem o seu desempenho e reputação, focada na segurança do paciente, criando o potencial para as instituições obterem melhores resultados sem o aumento do trabalho individual. Para se efetivar o trabalho em equipe os profissionais têm de conjugar competências técnicas e interpessoais.

O desempenho do trabalho em equipe depende obviamente da performance do trabalho individual dos membros que a compõem, portanto, para se ter uma boa equipe, deve-se escolher e ter bons profissionais. Mas, se sabe também que os melhores profissionais, nem sempre fazem a melhor equipe.

FRAGATA (2011) menciona que as equipes possuem necessidades diferentes, por isso, os profissionais deveriam ser selecionados para fazerem

parte de uma equipe com base na sua personalidade, porém, as equipes de alto desempenho combinam profissionais e vários papéis, com propósito de atingirem metas mútuas.

Em síntese, os enfermeiros que atuam na instituição não acreditada nesse estudo revelaram uma avaliação para cooperação e coordenação, para efetivar em conjunto o melhor cuidado ao paciente, frágil para cultura de segurança do paciente. Além de revelar que não se sentem confortáveis em ter que trabalhar com profissional de outra unidade do hospital. Ao trabalhar de modo interdependente e não de maneira independente, e ter atitude cooperativa e não competitiva, é possível ter progressos signitvativos de segurança do paciente.

5.2.2.2 Passagem de plantão ou transferências internas (36%)

A dimensão diz respeito à percepção dos enfermeiros no hospital brasileiro aos aspectos da passagem de informação durante a troca de plantão ou turno, transferência do paciente entre as unidades e se há perda de informações do paciente durante essas transições. As respostas positivas demonstram uma dimensão frágil de 36,46%.

Esses dados coincidem com os outros estudos em que as respostas positivas oscilaram entre 34% a 51% (MELLO; BARBOSA, 2013; REIS, 2013).

A *The Joint Commission* (JCI) tem divulgado dados demonstrando que problemas de comunicação durante a passagem de informação nos hospitais americanos são os mais comuns encontrados nas análises de causa-raiz dos eventos sentinela.

A WHO criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004 com objetivo de alertar a problemática ao redor da segurança do paciente. Um ano após foram identificadas áreas prioritárias, como a comunicação entre os profissionais do cuidado (WHO, 2007), que precisam de estratégias para reduzir consequências da falta ou falha de comunicação, incluindo a transição de informação durante os cuidados em saúde.

Os itens que expõem se o processo do cuidar é comprometido e se ocorre perda de informações sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno, apresentaram fragilidades no hospital brasileiro que não conta com acreditação, a partir da percepção dos enfermeiros nesse estudo. Esses itens demonstraram escores menos alto, revelando necessidade de melhorias entre as unidades durante o momento de transições.

Por seguinte, a percepção dos enfermeiros no hospital brasileiro sobre o item que versa a frequência que ocorre problema na troca de informação durante a transição entre as unidades revelou escore de discordância baixa, revelando também fragilidade para o item. Por outro lado contraditório, os enfermeiros referiram neutralidade para o item que se relaciona à mudança de plantão ou turno ser problemática para os pacientes.

Sabe-se que a passagem de turnos ou plantões é o momento em que se destina à transferência de informação sobre a prestação do cuidado desenvolvido por um profissional para outro que dará continuidade, por isso, é considerado um momento crucial do cuidado, pela probabilidade de ocorrência de falhas e erros, principalmente esquecimento de transição de informações relevantes para promover a continuidade da assistência com qualidade e segura (BARCELLOS, 2014).

A transição é um momento perigoso, pois pode haver perda de informação essencial, sobretudo, porque a mente humana é incapaz de lidar com tanta informação sem deixar de funcionar de forma segura e eficaz (VINCENT, 2009), ainda mais quando o ato de selecionar as informações relevantes para serem transmitidas para outro profissional possui um caráter bastante subjetivo.

Para isso, recomenda-se a existência de processo normativo ou iniciativa estabelecendo local adequado e horário pré-determinado, de modo que o profissional tenha um espaço apropriado para transmissão de informação necessária e relevante para o de outro turno ou plantão, para que não haja perda de informação e comprometimento do cuidado.

Diante do exposto, foi possível observar que essa prática no trabalho dos enfermeiros no hospital português era determinante e comum à rotina, onde havia um local destinado para esse fim, além de outras categorias profissionais compreenderem que aquele horário pré-determinado se destinava a transição de

informações pertinentes ao paciente para a continuidade do processo de cuidar. Além disso, o tempo que decorre para transmissão da informação durante a passagem de plantão ser contabilizado como hora trabalhada, diferente do que se observa na prática de enfermagem no hospital brasileiro.

Outra melhoria recomendada no que tange a transição de turnos e transferência de paciente é a utilização de um *checklist* como uma ferramenta para verificar se a comunicação entre os pares se faz de modo a auxiliar os enfermeiros na transmissão de todas as informações relevantes e inerentes ao cuidado (WHO, 2007). Além dessa, sugere-se padronização da comunicação, direcionada ao vocabulário e ordenação do conteúdo verbal (REIS, 2014).

Para se atingir ao objetivo da padronização é instituído a implementação da técnica do *Situation* (situação) – *Background* (história prévia) – *Assessment* (avaliação) – *Recommendation* (recomendação) (SBAR) com propósito de garantir que a mensagem importante seja ouvida e que se tome uma atitude a respeito. Além de estruturar a comunicação entre os pares, de maneira a capturar atenção e gerar uma ação apropriada (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Apesar de ser uma rotina em toda a instituição portuguesa, o estudo de Smits et al. (2012) aponta que a dimensão passagem de plantão e transição pode variar entre as unidades do mesmo hospital, onde percebeu, a partir da investigação, que as clínicas cirurgias e médicas apresentaram resultados mais positivos comparados com a unidade da emergência.

Quanto à forma do registro das informações, pode ser realizado manual ou computadorizado. No estudo de Wachter (2010) revelou vantagem do sistema informatizado em relação ao modo tradicional, considerando que um programa informatizado pode auxiliar o profissional para não esquecer informações de extrema relevância no momento da troca de turno ou plantão e na comunicação, já que a mente humana está além da capacidade de compreensão de um único profissional, principalmente, de permitir armazenamento de uma vasta informação.

Carece de instrumento formal e fundamentado que possa auxiliar os enfermeiros durante as transições e trocas de informações inerentes à mudança de turno de trabalho. Para Vincent (2009) a passagem de informação simplesmente de forma verbal é frequentemente apressada e informal.

A implantação de tecnologia nas instituições de saúde hospitalar tem permitido reduzir falhas no processo de comunicação, e, sobretudo, minimizado a ocorrência de perda de informações, acarretando em danos oriundos do processo de transmissão de informação durante a passagem de turno ou plantão (VINCENT, 2009).

Esse mesmo autor ainda destaca que o uso de tecnologia para a passagem de dados do paciente possibilitaria acesso a um banco de dados comuns que contém a informação relevante do paciente, incluindo exames laboratoriais e imagens, registros anteriores. Porém a implantação e implementação do sistema informatizado demanda uma série de custos, adaptações profissionais, sigilo e armazenamento dos dados, sobretudo, se esses dois últimos forem realizados por empresas terceirizadas.

Um autor (WACTHER, 2010) sugere o modo computadorizado de passagem de plantão, conhecido como *Synopsis*, o qual é um arquivo eletrônico com ideia de padronizar os registros de passagem de plantão ou trocas de turnos e permitir que múltiplos profissionais acessarem a mesma informação. O benefício dessa técnica é a qualidade dos relatórios de passagem de plantão ou turnos e diminuição dos riscos associados com a falha de comunicação.

A instituição hospitalar portuguesa conta com auxílio durante a realização dos registros de informação pelos enfermeiros do sistema informatizado subsidiando na transmissão dos dados de forma estruturada e padronizada, ao contrário do que se encontrou na instituição brasileira, que conta com o sistema manual e a capacidade de memória do profissional.

Os itens frágeis dessa dimensão confirmam o resultado encontrado no hospital brasileiro, necessitando de intervenção pelos gestores.

Nesse sentido, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007) recomenda no artigo 16, da seção I, que o profissional deve “*garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança*”, mesmo em caso de paralização ou ato reivindicatório da profissão. Além desta, tem-se no artigo 41, da seção II, que o profissional de enfermagem deve “*prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência*”.

A perda de informação expressa nos resultados no hospital brasileiro é preocupante, pelo fato de informação importante ao cuidado do paciente ser perdida durante a transferência do cuidado. Considerando que a carência de informações essenciais pode acarretar prejuízo à saúde e comprometer a continuidade da assistência à saúde. Muitos fatores podem contribuir para vulnerabilidade aos erros durante a passagem de plantão e transferência interna de paciente, Barcellos (2014) menciona que um dos fatores que pode comprometer a transição de informação é a fragmentação dos cuidados entre os profissionais, pois pode gerar perda de informações entre os profissionais da equipe.

Estudos sobre o tema mostram que 70% a 80% dos erros têm relação direta com problema na transmissão de informação vitais sobre um paciente durante a passagem de plantão (LO, 2011). Outro estudo realizado pela *The Joint Commission* (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010) sobre evento sentinela em 2002 a 2012 revela que 63% das causas primárias estão diretamente ligadas à quebra da comunicação, sobretudo, durante a passagem de plantão das equipes, um momento delicado, em que a transmissão correta de informação é crucial para garantir a continuidade da prestação de cuidados à saúde do paciente. A comunicação está entre as quatro principais causas de eventos sentinela que causam perda permanente de função ou morte.

Diante desses resultados, a passagem de plantão e transferência de informações do paciente deve ser vista pelos enfermeiros desse estudo como um momento crucial para discussão sobre o melhor cuidado para o paciente, família equipe e instituição, possibilitando educação, reflexão e entrosamento entre os membros da equipe, objetivando crescimento no desempenho de tarefas, repensando e reavaliando condutas.

Em síntese, os enfermeiros que desenvolvem suas habilidades no hospital brasileiro, que não dispõe de acreditação, revelaram fragilidades para o comprometimento do processo de cuidar, para a existência da perda de dados importantes sobre o cuidado e para ocorrência de problemas na troca de informação durante a passagem de plantão e transferência do paciente para outra unidade. É nessa deficiência na circulação de informações entre os ambientes e

plantões que podem surgir lacunas que venham a comprometer o cuidado e o aparecimento de incidentes, colocando em risco a segurança do paciente.

5.2.2.3 Percepções gerais sobre segurança do paciente (36%)

Essa dimensão avalia se a segurança do paciente é comprometida em função do quantitativo de trabalho, se os sistemas e procedimentos existentes na instituição são adequados para evitar a ocorrência de erros e se ocorrem erros e problemas de segurança do paciente. O resultado revelou que essa dimensão no hospital brasileiro foi frágil por apresentar escore de resposta positiva menos alto, precisando de intervenção por parte dos gestores.

O resultado encontrado coincide com as outras investigações em que as respostas positivas oscilaram entre 27% a 51% (MELLO; BARBOSA, 2013; REIS, 2013).

Os achados refletem que na percepção dos enfermeiros, no hospital brasileiro, a segurança do paciente é comprometida em detrimento do volume do trabalho e que os procedimentos e sistemas não são suficientemente adequados para prevenir a ocorrência de erros. Tais fatos demonstram um resultado preocupante em relação ao hospital universitário brasileiro sem acreditação.

Outro item frágil também no mesmo hospital se refere aos enfermeiros revelarem a existência de problema de segurança do paciente nas unidades em que atuam, evidenciado por escore menos alto.

Evidencia-se que esse resultado corrobora com o encontrado na dimensão de “profissionais (quadro de pessoal)”, quando os profissionais revelam que trabalham mais horas para efetuar o melhor cuidado do paciente desejável, sob pressão e de maneira rápida. Todos esses aspectos, que influenciam no processo de trabalho de enfermagem, podem impactar nos resultados obtidos pelos pacientes na sua interação com instituição hospitalar.

Apesar dos enfermeiros terem expressado resultado frágil para o item que se refere aos procedimentos e sistemas serem adequados para efetivar a

prevenção de erros, o escore de resposta positiva foi neutro para erros que não acontecem no hospital somente por acaso.

Diante dos resultados revelados pelos enfermeiros que participaram desse estudo, percebe-se a necessidade no hospital brasileiro da criação de estratégias e metas institucionais como prioritárias que objetivem a implantação de medidas direcionadas para a segurança do paciente.

De acordo com Organização Pan-Americana em Saúde (OPS) (COMETTO, 2011) uma instituição hospitalar segura é uma entidade de saúde cujos serviços permanecem acessíveis e trabalhando em sua máxima capacidade e em sua mesma infraestrutura imediatamente após ocorrer um evento adverso. Ainda, é seguro porque conta com a máxima proteção possível, principalmente as vias de acesso ao estabelecimento e saúde e aos serviços oferecidos.

Para essa mesma organização, a prevenção de incidente é um dos elementos que garante a segurança do meio ambiente hospitalar, transformando a partir de um conceito estabelecido no plano de trabalho geral dos serviços uma atitude do profissional que desempenha função em uma instituição de saúde, atitude esta que é um produto de uma cultura de segurança no ambiente e nas instalações.

Diante do contexto da dimensão em questão, a percepção dos enfermeiros no hospital português tem o conceito de uma avaliação mais alta de segurança do paciente comparado aos enfermeiros no hospital brasileiro.

Essa questão traz a concepção de que os gestores das instituições desenvolvam planos estratégicos que incluam uma revisão contínua e atualizada constantemente, sem excluir nenhum elemento que compõe a estrutura da instituição de saúde, tanto do ponto de vista da modernização dos equipamentos, como da manutenção dos mesmos, monitorização dos indicadores de segurança, e o desenvolvimento de uma cultura de prevenção.

Em síntese, no hospital brasileiro, os enfermeiros revelaram avaliação para cultura de segurança no que diz respeito à dimensão “percepção sobre segurança do paciente frágil”, ressaltando que a instituição estudada não dispõe de acreditação, expressando que os profissionais participantes nesse estudo reconhecem que a segurança do paciente é comprometida em função do volume

do trabalho, dos procedimentos e sistemas insuficientemente seguros para minimizar a ocorrência de erros, acarretando em problemas sérios para a segurança dos pacientes.

5.2.2.4 Retorno informação e comunicação a respeito de erro (39%)

A dimensão compreende na percepção dos enfermeiros quanto ao recebimento de informação sobre mudanças implementadas a partir de notificações, informação dos erros que ocorrem na unidade e se discutem estratégias para evitar erros no futuro.

A avaliação da dimensão apresentou valor no hospital brasileiro de 39%, evidenciando uma fragilidade no processo de comunicação e *feedback* dos erros que ocorrem nas unidades. O mesmo resultado foi percebido no estudo de Eiras et al (2011) em Portugal.

Em outras investigações brasileiras os resultados oscilaram entre 28% a 52%, (MELLO; BARBOSA, 2013; REIS, 2013).

Dois itens, um referente ao recebimento de informação sobre mudanças implementadas por meio da notificação e outro quanto à comunicação dos erros que acontecem na unidade, evidenciaram escores mais baixos, caracterizando uma dimensão com áreas frágeis. Um item mostrou-se neutro no que diz respeito à discussão de maneiras de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer.

No estudo de Hamdan e Saleem (2013) detectou que a precariedade da dimensão da comunicação a respeito do erro é um grande desafio para as instituições hospitalares.

Um exemplo nos EUA foi que posterior à publicação do relatório dos erros cometidos nas instituições de saúde americanas passou a ser instituída uma séries de medidas e práticas de cuidados mais seguros, com objetivo de reduzir a ocorrência de erros. A participação dos colaboradores é de fundamental importância, principalmente aquele profissional que possui contato direto com os pacientes. Tal iniciativa nas organizações hospitalares americanas não eliminou o

problema, mas reduziu de forma considerável em torno de 20% a ocorrência de eventos adversos e incidentes (FRAGATA, 2006).

O relato é uma palavra que pode denotar muitas formas de interpretação e associações. Numa interpretação mais negativa, o significado pode se associar a deslealdade e traição, e positiva a uma comunicação efetiva, informativa e necessária. Teoricamente, o relato de evento quando foi idealizado para a organização de saúde teve o propósito de aprendizado organizacional, o que causa muita confusão e suspeita toda vez que se tenta estimular o relato de notificação de erros, incidentes ou falhas (VINCENT, 2009).

O item que questiona a frequência com que os enfermeiros têm retorno sobre as mudanças implementadas, a partir de notificação, mostrou que a cultura da troca de informação, no intuito de gerar conhecimento e desenvolvimento crítico-reflexivo entre os membros da equipe, ainda, apresenta-se frágil nos dois hospitais do estudo. Resultados similares foram identificados no estudo no Brasil de Batalha (2012) (23,90%) e em Portugal de Sousa (2013) (57,10%).

Sabe-se que a comunicação é algo essencial para o crescimento profissional e para melhoria contínua da organização. O resultado do segundo item que versa sobre comunicação do erro que ocorre na unidade revelou que a informação sobre erro não chega até os enfermeiros brasileiros que atuam no hospital brasileiro.

O erro notificado deve ser bem usado pelo responsável na organização de saúde para ser transformado em caso que possa ser compartilhado entre os serviços, a fim de servir para o aprendizado (WACHTER, 2010), caso contrário, o erro pode trazer sérios problemas para a organização e para os envolvidos. Posterior à análise feita pelo gestor, o erro deve ser comunicado aos profissionais das unidades, mantendo o sigilo dos envolvidos, para proporcionar aprendizado no serviço e na organização, e gerar futuras mudanças.

No hospital português o gabinete da gestão da qualidade e segurança do paciente implantou uma estratégia bastante eficaz, inserindo um profissional da própria unidade para exercer a função de interlocutor da qualidade e segurança do paciente, determinada em carga horária. A função geral exercida por esse profissional é mediar a comunicação entre a unidade e os profissionais com o gabinete da gestão. Acredita-se que essa iniciativa foi implementada com intuito

de melhorar a comunicação, assegurar a continuidade das ações de segurança do paciente, realizar treinamento contínuo das novas medidas implementadas na unidade e facilitar a transmissão de informação entre os envolvidos e dentre outras funções.

O último item que se refere à discussão de maneiras de prevenir erros para que não voltem a ocorrer, apresentou neutralidade, demonstrando indiferença a partir da percepção dos enfermeiros brasileiros que participaram desse estudo. Acredita-se que o resultado desse item é reflexo do segundo, pois se os enfermeiros não são informados dos erros que ocorrem na unidade de trabalho, como irão discutir formas de preveni-los?

Como sugerido no estudo de Eiras et al (2011) para efetivar uma melhor comunicação entre as unidades do hospital sugere-se reunião periódicas, com representação de todos os grupos profissionais para discutir ações que promovam a segurança do paciente, além de estimular a notificação de incidentes e eventos, dar *feedback* acerca das estratégias e dos resultados alcançados e não alcançados.

Uma das prioridades a ser cumprida dentro da instituição hospitalar brasileira é intervir na comunicação, criando estratégias que possibilitem a ordenação do conteúdo transmitido e trocando informações ao que é estritamente necessário.

Em síntese, a instituição hospitalar universitária brasileira, por meio dos enfermeiros que participaram desse estudo, possui fragilidade quanto ao *feedback* a respeito de erro que ocorre nas unidades. Mas uma porção do problema se relaciona com a ausência de integração na maior parte sobre a ocorrência de erro e a mudança implementada mediante notificação.

5.2.3 Indicadores de resultados

Existem dois indicadores de resultados presentes no questionário utilizado no estudo, um direcionado para a nota de segurança do paciente e outro atribuído à frequência de notificação realizado nos últimos doze meses pelos enfermeiros.

Ambos os indicadores servem para acompanhar os resultados e permitir melhoria contínua nas instituições.

Os indicadores de resultados são compostos por atributos como especificidade, e objetividade, permitindo a análise para tomada de decisão da gestão assistencial e administrativa. Eles podem servir para medir uma dada atividade, indicar parâmetros ou propriedades, monitorar e avaliar a qualidade de cuidados e identificar atenção para assuntos específicos de resultados (PETERLINI, 2014).

Seguindo com esse propósito, os enfermeiros no hospital português atribuíram melhor avaliação de segurança do paciente na instituição comparado ao hospital brasileiro. A caracterização da instituição portuguesa demonstra maior solidez aos processos e parece ser bem mais preparada quanto à instituição de protocolo e medida de segurança do paciente, talvez, por se tratar de uma instituição acreditada e possuir um núcleo de segurança do paciente com anos de experiência, ao contrário, do que foi encontrado na instituição brasileira.

Uma instituição hospitalar acreditada assenta-se na filosofia da melhoria contínua e constitui o melhor instrumento de motivação para a garantia da qualidade nos hospitais, através de uma ação indutora de uma sequência continuada de atividades e ciclos de melhoria (PORTUGAL, 2012).

Para isso, o relato de eventos é uma ferramenta e uma forma de comunicação com muitas maneiras de interpretação e associações, nas interpretações mais negativas seu significado pode chegar a ser interpretado de forma desleal (VINCENT, 2009). Ainda assim, o relato de notificação no contexto de saúde deve ser visto pelos gestores como uma forma de comunicação positiva, informativa e necessária para que haja progresso e aprendizado (FRAGATA, 2006).

Dessa forma, os resultados encontrados nesse estudo expressaram que mais da metade dos enfermeiros no hospital brasileiro não realizou nenhuma notificação nos últimos 12 meses, ao contrário, do que foi percebido no hospital português, onde se percebeu um melhor escore para notificação de eventos.

No Brasil, o sistema de relato de acidente que envolve paciente está muito menos desenvolvido (BRASIL, 2015). No entanto, no geral ambos os hospitais

carecem de melhorias quanto à frequência do relato de notificações, especialmente no hospital brasileiro.

Apesar de alguns sistemas de notificações enfocarem no objetivo do aprendizado, essa perspectiva ainda não é percebida claramente pelos enfermeiros no estudo, particularmente para os brasileiros, principalmente quanto aos propósitos da notificação no sistema de saúde. Acredita-se que tal fato seja um dos motivos pelo qual há baixo escore de relato de eventos no âmbito da instituição de saúde estudada.

Para Vincent (2009) o relato de incidente envolve desde o caráter da obrigatoriedade ou voluntário, sigiloso ou anonimato e impresso ou informatizado, em que cada instituição deve adotar aquele que melhor atender aos seus objetivos.

É um indicador que permite conhecer em que nível determinado objetivo foi alcançado, pois fornece informação sobre determinados atributos e dimensões do desempenho do sistema. Em outras palavras, o indicador oferece ao gestor pistas sobre determinada situação e indica a direção a ser seguida (GOUVÊA, 2014).

As duas variáveis mensuradas, a partir da percepção dos enfermeiros, refletem a realidade vivenciada por esses profissionais, e para isso devem ser utilizadas na tomada de decisão e na implantação de medidas de melhorias.

Por fim, esses indicadores de segurança do paciente podem ser definidos como um indicador de desempenho que busca identificar, obter informação e monitorar o quanto os enfermeiros do estudo atribuíram valor as questões da segurança do paciente e ao quantitativo de relato de incidentes nas instituições estudadas.

Em síntese, o fato de o HP ser acreditado e apresentar um planejamento estratégico sólido e multidisciplinar, vindo ao encontro de toda gestão institucional, a partir da percepção dos enfermeiros desse estudo, apresentou melhores resultados nos dois indicadores comparados com o HB. A mensuração de indicadores é uma forma de representação quantificável utilizada pelas instituições para acompanhar e melhorar resultados ao longo do tempo.

6 PROPOSTA DE ESTRATÉGIAS DE MELHORIAS NAS DIMENSÕES FRÁGEIS COMUNS AOS HOSPITAIS

Tomando como base as dimensões frágeis comuns de cultura de segurança o paciente dos hospitais, propõem-se algumas estratégias de melhorias de segurança do paciente que podem instrumentalizar os gestores de risco das instituições envolvidas no estudo.

As dimensões frágeis comuns encontradas em ambos os hospitais foram “Resposta não punitiva ao erro”, “Frequência de eventos notificados”, “Profissionais (quadro pessoal)” e “Suporte da gestão para a segurança”.

As dimensões de cultura de segurança do paciente relacionam-se entre si, e por isso, melhorando as mais frágeis será possível observar melhorias não somente em dimensões específicas, mas, sobretudo, naquela que se direciona a percepção geral dos enfermeiros sobre a segurança do paciente dentro da instituição hospitalar.

6.1 Resposta não punitiva ao erro

Após ter sido evidenciada uma dimensão frágil em ambos os hospitais do estudo a partir da percepção dos enfermeiros, expõem-se a seguir, algumas estratégias que podem ser necessárias às instituições hospitalares que tendem a punir os enfermeiros pelos erros cometidos invés de utilizá-los para o aprendizado organizacional.

Destaca-se que as estratégias descritas têm como propósito, uma tentativa em cada instituição de melhorar a resposta negativa pela punição ao erro.

Inicialmente, o precário progresso sobre a segurança do paciente pode ser atribuída à situação da relação dos profissionais de saúde com o sistema, algo muito ainda institucionalizado na estrutura hierárquica das organizações, o que pode contribuir para o desencorajamento do trabalho em equipe e transparência

desses profissionais, além de prejudicar a criação de sistemas objetivos e claros quanto a uma assistência segura.

Visto dessa forma, o erro pode ser encarado como algo que pode trazer um aprendizado e melhoria na prestação de cuidados à saúde, o aprendizado pelo erro, mas para isso é imprescindível desenvolver e criar a cultura de segurança do paciente dentro dos ambientes de saúde, na formação dos profissionais de saúde e nos gestores (PETERLINI, 2014).

O desejado é que se entenda o erro como consequência de uma série de problemas do sistema, e que a busca por implantar medidas de melhoria, correção e prevenção seja prioridade e não somente a punição de quem comete o erro. É muito provável que todos já tenham ouvido a seguinte frase: “Quem fez isso?”, ao invés de ouvir “Como, quando, por que isso aconteceu?”. De fato a mudança de cultura na organização de saúde poderá promover uma assistência mais segura e transparente aos pacientes.

Há muita dificuldade entre quase todos os envolvidos na organização de saúde em lidar com o erro, pois quando ocorre, a tendência é omitir o fato ou buscar culpados, sem na verdade buscar entender as causas do erro. Infelizmente, é evidente a prática da cultura de punição caracterizada por rigidez organizacional e hierárquica e por ações disciplinares que resultam em repercussões judiciais e demissionais (KUSAHARA; CHANES, 2012). Além do mais, a cultura da intimidação também está bastante presente porque é muito mais fácil procurar um culpado ao invés de mudar todo um sistema de prestação de cuidado. A demissão profissional ocasionada pelo erro não é o caminho ideal, pois é o momento de educá-lo.

Muitos são os modelos internacionais para ser criar propostas de melhorias, em que há indicadores muito bem definidos e descritos, metas nacionais e internacionais de melhorias e programas expressivos para promover a segurança do paciente.

Um exemplo claro de aprendizado na área da segurança, como já descrito nesse estudo, foi a indústria automobilística, de usina nuclear e da aviação que desempenha atividade de alto risco. Sabe-se que nessa área de alto risco, como é o caso da saúde, não se faz segurança sem uma cultura de confiança, comunicação, transparência e disciplina, ou seja, a segurança não depende

exclusivamente de medidas, práticas, protocolos, regras, normas e de métodos de melhoria imposto pelos gestores.

Nos participantes do estudo há uma precariedade do trabalho em equipe entre as unidades, cooperação e coordenação entre si, pois quando se olha para essas instituições de saúde, observa-se que ainda existe muito pouco processo estruturado e bem desenvolvido de forma segura e consistente. Contudo, os enfermeiros devem ser valorizados como as principais ferramentas para a promoção de práticas seguras.

Outro ponto a se destacar, é que a maioria dos profissionais de saúde não trabalha em equipe, estando focados em seu próprio desempenho, sem mencionar que a comunicação entre eles é bastante deficitária, podendo ocorrer erros, pela falha dela e do trabalho em equipe, prevalecendo e dependendo da decisão hierárquica.

Os erros humanos acontecem até por falhas no processo de educação a qual o enfermeiro e demais profissionais de saúde foram submetidos. Acredita-se que na estrutura de formação dos profissionais de saúde pouco se discute sobre o trabalho em equipe multidisciplinar e multiprofissional, comunicação entre os pares e aprendizado pelo erro, por isso, se faz emergente a reformulação dos currículos e a inserção destas competências na formação do ensino médio profissional de saúde, da graduação e da pós-graduação. Isso inclui ampliar o desenvolvimento de habilidades, comportamentos e atitudes necessárias para a prática profissional.

De um modo geral, os profissionais de saúde não estão preparados para lidar e dialogar sobre o erro.

O processo do *Coaching* de trabalho em equipe dos profissionais de saúde é uma ferramenta técnica e de conhecimento de diversas disciplinas e ciências, que visa conquistar grandes e efetivos resultados. Esse processo pode ser usado, pois permite a visualização clara dos aspectos individuais e coletivos, de elevar a autoconfiança, de quebrar barreiras de limitação, para que os profissionais possam conhecer e atingir o potencial máximo e alcançar seus objetivos de modo assertivo (STANIK-HUTT et al., 2013).

Além dessas competências mencionadas anteriormente, tem-se a equipe de enfermagem presa às funções burocráticas, prevalecendo a maior parte do

tempo debruçada sobre os registros e burocracias, o que na verdade é posto durante a formação, a priorização do cuidado ao paciente. Muito tem se gastado do tempo sobre essas atribuições, em detrimento do cuidado ao paciente, sobretudo no HB.

A *National Patient Safety Foundation*, nos EUA, descreve que seria ideal na visão futura da assistência em saúde o momento em que a cultura de segurança fosse aberta, transparente, robusta, sólida e comprometida com o aprendizado, na qual todos os profissionais de saúde tratam-se uns aos outros, inclusive aos pacientes, com respeito e competência, em que o paciente é colocado no centro da prioridade e posto envolvido em seus próprios cuidados. Prevê-se uma cultura centrada no trabalho em equipe e uma organização voltada ao aprendizado, em que cada voz é ouvida e cada profissional tem poderes para impedir falhas do sistema e corrigi-los quando eles surgirem (IHI, 2013).

Para se construir uma cultura de segurança dentro da organização de saúde é necessário que haja um compartilhamento de informação entre os profissionais, caso contrário não estimula o aprendizado a partir do erro, além de ser um fator para corroer a confiança entre os pares e pacientes. A transparência parece ser o principal ponto chave, e é preciso ocorrer em todos os níveis profissionais, hierárquico, paciente e sociedade. O medo e a vergonha em retratar um erro não pode haver por risco de uma punição.

Deve-se falar abertamente com o paciente sobre o erro no momento em que ele ocorre, pedindo-lhe desculpas. O investigador menciona que esse papel deve ser do superior hierárquico (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014).

O cuidado integrado é uma proposta de garantir eficiência, segurança, qualidade e confiabilidade de modo a produzir o desfecho desejável, consistente e com menos custo. Mas, para que esse serviço ocorra, é necessário centrar tudo no paciente, atribuindo o trabalho de cada profissional de maneira a potencializar os desempenhos individuais, que sejam apropriados e respondam às necessidades de cada paciente.

No cuidado integrado, o engajamento do paciente é fundamental, deve-se também integrar a participação da família, pois estudos apontam que eles auxiliam no reconhecimento de problemas e no desenvolvimento de respostas (EUROPEAN COMMISSION, 2012). É grande valia trazer o paciente e família

para fazer parte da equipe e informar de forma clara, de modo que ele tenha poder de repartir decisões sobre a sua própria saúde.

Nessa direção, corrobora-se de que pacientes adequadamente preparados para lidar com suas necessidades de saúde são a principal fonte de prevenção de erros em saúde.

Os enfermeiros não têm como oferecer uma assistência melhor e mais segura a não ser que se sintam devidamente valorizados e encontrem satisfação e significado no seu labor (DALRI; SILVA; MENDES; ROBAZZI; 2014). Um estudo realizado nos EUA revela que 33% dos enfermeiros recém-formados tendem a mudar de profissão em um ano após a conclusão do curso. Muito se justifica pela falta de respeito por parte dos gestores, administradores e médicos, a burocratização do serviço e carga elevada de trabalho. O fato é que o trabalho desse profissional está se distanciando do seu real significado (BERWICK, 2014).

Além desses, deve-se propiciar um ambiente de trabalho onde se permita mudanças visando melhores práticas, pois se sabe que as melhores ideias geralmente surgem dos profissionais que estão na linha de frente do cuidado direto ao paciente, pois eles, mais do que qualquer outro profissional, convivem diariamente com os processos de trabalho, portanto, são os melhores profissionais para possibilitar melhorias.

A falta de infraestrutura para adequado exercício da profissão e a falta de definição de políticas institucionais que evidenciem o bem do paciente como foco de toda a atividade desenvolvida na instituição são os principais indicadores de existência de práticas inseguras.

De fato, colocando ênfase nos sistemas mais do que nos indivíduos, redesenhando sistemas de forma a torná-los *error proof* e investindo concomitantemente nos profissionais, nos processos de trabalho e nas organizações, e também nos pacientes e na sociedade, parece ser um dos caminhos para promover melhorias de segurança na organização.

Em síntese, Fragata (2010) recomenda algumas estratégias de realizar o empoderamento “*empowerment*” dos indivíduos no extremo da ação; implementar práticas seguras por meio de processos de trabalho; promover uma cultura organizacional de segurança centrada em equipe; envolver os pacientes nos seus

próprios cuidados; utilizar de transparência (*disclosure*); controlar indicadores de segurança.

Por fim, é de fundamental importância que as instituições de saúde estimulem a cultura da não punição, incentivando assim a notificação dos eventos e implementação de estratégias preventivas, visando ações de saúde mais seguras.

6.2 Frequência de eventos notificados

Posterior às estratégias de melhorias para resposta não punitiva ao erro, serão apresentadas algumas iniciativas para incentivar e melhorar a notificação de eventos no ambiente das instituições de saúde.

O relato do evento é uma forma de comunicação não verbal, positiva, informativa e necessária, com objetivo de criar um sistema de banco de dados e aprendizado, isto é, o relato por si só não é suficiente para melhorar a segurança do paciente.

Sabe-se que a frequência de eventos notificados pode estar associado à exposição do trabalhador, gerando sentimento negativo, como medo, vergonha, impotência, preocupação, insegurança perda de confiança e culpabilização pelo erro, o que lhe pode causar instabilidade pessoal e profissional.

Quando o erro humano é analisado sem buscar o culpado, mas com intuito de compreender as causas que contribuíram para sua ocorrência, parece abrir caminho para que os profissionais notifiquem os eventos.

Nesse caminho, recomenda-se que as instituições não negligenciem os sentimentos dos profissionais decorrentes dos erros, mas abram espaço para acolher, de maneira que eles se sintam amparados, seguros e respaldados para a notificação de eventos, e que auxiliem, sobretudo, na busca por soluções eficazes e eficientes.

A literatura aponta que os erros ocorrem em um de cada dez pacientes, por isso, recomenda-se que os profissionais estejam empenhados nos esforços para alcançar a transparência. Por outro lado, tem-se o tempo gasto que o profissional

necessita para registrar o evento, afastando do cuidado direto do paciente, em que muitas vezes prevalece uma relação enfermeiro x paciente insuficiente para atender a demanda e prestar uma assistência segura.

Outro fato que impera a baixa frequência em notificar eventos é a possibilidade de causar processos judiciais, e para isso os profissionais precisam estar protegidos de acusações injustas, exposições públicas e riscos legais (WACHTER, 2010).

Existem diversas maneiras de realizar notificação de eventos, papel e/ou eletrônica, com cunho voluntário e não obrigatório. Sugere-se que o sistema seja fácil de acessar e utilizar, e que esteja ao alcance de todos os profissionais da organização. As equipes atarefadas provavelmente não notificarão se o sistema for complexo ou caso sintam que sua notificação se perde na burocracia.

Destaca-se na literatura especializada que erros associados à assistência à saúde são tão assustadoramente comuns que a premissa de notificar tudo é ingênua. Há uma relação de que um paciente internado na terapia intensiva sofre em média 1,7 erro/dia e hospitalizado experimenta um erro/dia de prescrição de medicamentos.

Portanto, um sistema de notificação que compute todo e qualquer erro acumularia um quantitativo assustador de dados que demandaria um grupo maior de profissionais especializados para analisar todas as notificações. Esse processo tem sofrido inúmeras críticas e deve ser encarada com muito cuidado.

As notificações devem ser bem utilizadas, em geral transformando-se em um caso que possa ser compartilhado entre as organizações. Por conseguinte, os erros mais preocupantes devem ser analisados de forma a gerar o máximo de aprendizado organizacional e mudanças adequadas e relevantes. Há dois tipos de sistema de notificação, do hospital e da agência reguladora.

O sistema de notificação do hospital é direcionado para o gestor inserido no núcleo de qualidade e segurança do paciente do hospital ou a uma agência reguladora. São divididas em três categorias: confidente, anônima e aberta, cada uma com vantagem e desvantagem.

Existe uma interpretação a despeito do quantitativo de notificação realizado no hospital, pois um hospital pode ser menos seguro, por apresentar mais erros

notificados, ou mais seguro, por ter frequência mais baixa de notificação pelos profissionais. Esse processo é de difícil constatação.

A agência reguladora, no caso do Brasil, a Anvisa por meio do Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), desenvolveu um sistema informatizado na plataforma *web* para receber notificação de incidente, evento adverso e queixa técnica relacionada ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária (BRASIL, 2004).

Em Portugal, também existe um sistema similar pela DGS, conhecido como NOTIFICA, focado na gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, na qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar três tipos diferentes de incidentes com a prestação de cuidados de saúde; violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho; e com a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes (PORTUGAL, 2014).

O sistema de notificação do hospital português, envolvido no estudo, é muito mais avançado em comparação ao hospital brasileiro, que infelizmente ainda não possui essa valiosa ferramenta de investigação dos eventos ocorridos na instituição.

A AHRQ (2008) destaca um sistema efetivo de notificação composto pelas seguintes características: ter participação de todos os envolvidos; intenções e objetivos claros; cultura justa, isto é, o notificador protegido, na medida do possível, de danos legais ou outros; aspectos de responsabilidade claros, focados e inteligíveis; opção para notificação tanto anônima quanto confidencial; notificação acessível a qualquer indivíduo; sistema fácil; formulário com questões abertas e fechadas; análise dos dados executada por especialistas em segurança; retorno rápido e relevante aos envolvidos; liderança para proteger a missão e os valores da instituição.

Além desses atributos, sugere-se que a equipe deve estar preparada para identificar os incidentes durante a prestação de cuidados, para isso deve haver uma comunicação efetiva e clara entre os envolvidos, através de treinamento e capacitação.

Com o propósito de facilitar o entendimento dos profissionais, recomenda-se que a instituição divulgue uma lista com os principais eventos que requerem que os profissionais notifiquem. Essa estratégia ajuda na filtragem de notificações

e não sobrecarrega a equipe da gestão de risco na investigação. Caso essa seja a opção da instituição, é preciso ter cautela ao analisar se outros eventos estão deixando de ser notificados, por não estar na lista divulgada pela instituição.

Quando um erro é relatado no sistema de notificação, ele é direcionado para o gestor da qualidade e segurança do paciente do hospital, bem como por opção, pode ser encaminhado para o diretor médico ou enfermagem, conforme a identidade profissional. Com isso, é possível realizar uma discussão a respeito e promover ações apropriadas imediatas, se o caso demandar necessidade.

Frente a esses fatos, também é importante salientar que dependendo do quantitativo de notificações recebido pelo hospital é exigido tempo hábil na análise, habilidade e competência para o exercício dessa função.

Atualmente, existem diversos métodos e ferramentas para auxiliar o gestor na identificação do problema raiz relacionado aos eventos notificados, como a *failure mode and effects analysis* (FMEA) e os *trigger tools* (ferramentas-gatilho). Além desses conhecidos, há outros métodos para identificar a “segurança dos sistemas” por meio de estruturas, processos e resultados – desfechos mensuráveis – tríade de Donabedian. Essa ferramenta tem sido utilizada de maneira a não depender de notificação voluntária, como por exemplo, o uso de câmera para monitorizar um desfecho.

6.3 Profissionais (quadro pessoal)

Além das dimensões anteriores, foi evidenciada, a partir da percepção dos enfermeiros, que a dimensão profissional mostrou-se frágil em ambos os hospitais do estudo. A seguir, expõem-se algumas estratégias referentes aos itens que compõem a dimensão.

As estratégias descritas têm como propósito, uma tentativa em cada instituição de melhorar a resposta associada ao quantitativo de profissionais, à carga de trabalho, ao regime de trabalho, a mutabilidade da equipe e ao trabalho em situação de crise para o exercício das atividades profissionais do enfermeiro.

Diante da crescente pressão dos gestores de saúde sobre o controle dos gastos em saúde, o envelhecimento da população, a crise econômica e a introdução de novas tecnologias, o Brasil e Portugal veem enfrentando um grande desafio na implementação de estratégias de contenção de custos em saúde. Que por muitas vezes, contenção no dimensionamento de enfermagem pode repercutir de forma direta sobre a prestação de cuidados e saúde, o que torna a gestão do dimensionamento uma tarefa bastante questionada e complexa (VITURI et al., 2011).

Nesse sentido, o dimensionamento adequado significa ter disponível em todas as situações uma quantidade de recurso humano, com uma combinação segura ao nível de competência para assegurar que se vai ao encontro das demandas de cuidados dos pacientes, além de garantir condições de trabalho digna e com controle de risco ocupacional. O relatório divulgado pelo IOM, nos EUA em 1999, revelou alta mortalidade nos cuidados à saúde devido a erros médicos, sendo o dimensionamento inadequado e a elevada carga de trabalho os principais fatores para que o evento ocorresse.

Acredita-se que o adequado dimensionamento de pessoal possa subsidiar e fundamentar discussões com os Órgãos de Classe competentes, no sentido de prover profissional de enfermagem suficiente na busca de uma melhor qualidade da atenção, independentemente da metodologia escolhida para se determinar o quantitativo ideal, desde que reflita as reais necessidades de cada instituições hospitalares.

O *International Council of Nurses* (ICN) destaca que um quantitativo reduzido de enfermeiros no serviço noturno se associa a um risco elevado de complicações clínicas e cirúrgicas, maiores taxas de quedas e um nível mais baixo de satisfação dos pacientes (ICN, 2006). Percebe-se que existem associações diretas do dimensionamento com ocorrência de eventos no ambiente de prestação de cuidados à saúde.

A realidade de contar com horas extras, seja obrigatória ou voluntária, para cobrir as necessidades dos hospitais de saúde parecer ser uma prática comum no cotidiano de enfermagem hospitalar. Sabe-se que quanto maior for o período de atuação profissional, maior o risco de desenvolvimento de doenças ocupacionais

decorrentes da exaustão física e emocional, levando ao alto nível de absenteísmo (VITURI et al., 2011), que pode afetar negativamente a segurança do paciente.

Apesar de ambos os países passarem por momento de crise econômica e política, a redução de recurso humano na prestação de cuidados seguros não parece ser a melhor opção para redução de custo, sobretudo, porque cortar capital humano se associa ao risco de ocorrência de eventos e agravos aos cuidados diretos ao paciente, embora este seja um importante indicador.

No hospital brasileiro tem-se o regime de trabalho estatutário e contrato temporário de trabalho. Percebe-se que esse último não possui estabilidade no cargo que assume, além de possuir diferença no rendimento salarial mensal inferior comparado com o regime estatutário. No hospital português existe somente um tipo que é contrato individual de trabalho, conforme consta em convenção coletiva de Portugal.

Acredita-se que os enfermeiros no hospital brasileiro que possuem contrato temporário assumem mais de um vínculo empregatício, em consequência do baixo rendimento salarial, de modo a obter melhores condições de vida, porém, acabam por tornarem-se mais estafados, elevando a vulnerabilidade aos acidentes ocupacionais e podendo comprometer a qualidade e segurança na prestação de cuidados aos pacientes.

Por isso, é imprescindível haver uma reforma política e apoio da classe profissional junto aos órgãos competentes, no que se refere ao piso salarial compatível com as responsabilidades e ao tipo de contrato de trabalho perverso, em que o enfermeiro quase não possui direitos contratuais.

Sem destacar as precárias condições de trabalho para a realização do seu processo, em que os enfermeiros sofrem pela necessidade de ter que ajustar recursos finitos a necessidades de cuidados de saúde infinitas e crescentes nos cuidados aos pacientes (FERNANDES; MEDEIROS; RIBEIRO, 2008).

Alguns investigadores têm evidenciado que o dimensionamento de pessoal vai além do quantitativo, incluindo a associação de outras variáveis, como por exemplo, carga de trabalho, ambiente de trabalho, complexidade dos pacientes, nível de qualificação dos enfermeiros, combinação do pessoal de saúde, eficiência e eficácia em termos de custos e ligação aos resultados dos pacientes e de enfermagem.

O dimensionamento seguro reflete a manutenção da qualidade dos cuidados aos pacientes, da vida do profissional do enfermeiro e dos resultados da organização. As práticas de dimensionamentos seguros incorporam a complexidade das atividades e intensidades; os níveis variáveis de preparação, competência e experiência dos enfermeiros; o desenvolvimento do pessoal de cuidados de saúde; apoio da gestão de saúde aos níveis operacional e executivo; ambiente contextual e tecnológico das instalações; e o apoio disponível dos serviços (ICN, 2006).

No trabalho em situação de crise, recomenda-se durante a execução das tarefas não estimular os profissionais a executarem as ações de maneira rápida, pelo fato de haver a possibilidade de ocorrência de erros, por falhas na execução e planejamento. Destaca-se que na gestão de crise é fundamental análise de riscos e eventuais crises; definição de ações de controle de crises; planejamento de ações em eventual momento de crise; implementação de processo, treinamento e realização de exercícios.

Além desses atributos, sugere-se que a organização tenha um comitê de crises adequado aos padrões de qualidade e segurança, que poderá trabalhar rumores, eventos e incidentes em concordância com a assessoria de comunicação para que sejam preparados *press-release* e entre outros. A existência de treinamento específico das lideranças e colaboradores para esse fim também é uma recomendação, de modo a direcionar o fluxo, os procedimentos e o enfrentamento de situação de crise.

Portanto, as crises são especialmente significativas na criação e transmissão de cultura porque o envolvimento emocional se intensifica durante tais períodos em que aumenta a intensidade da aprendizagem.

6.4 Suporte da gestão para a segurança

Destacam-se a seguir, algumas recomendações às instituições hospitalares para melhorar a promoção de segurança do paciente sobre o olhar dos gestores.

No processo de gestão é fundamental que se crie um processo que garanta a segurança do paciente, qualidade institucional e clima de trabalho, baseada em mudanças contínuas. E, para isso é relevante que a atuação da gestão seja proativa, ao invés da reativa, pois é nessa fase que os perigos são identificados e as ações de controle são estabelecidas numa esfera interdisciplinar, por meio de reuniões frequentes facilitadas pela utilização de ferramentas apropriadas para o cálculo de risco de um evento acontecer e se acontecer, qual é a gravidade desencadeada ao paciente.

Posterior à definição da probabilidade, gravidade e nível de risco, recomenda-se mapear os possíveis riscos no ambiente de cuidados à saúde. Por seguinte, os riscos poderão ser tratados através do estabelecimento de políticas de práticas seguras, com a identificação de barreiras nos processos que diminuem os impactos ao paciente.

Como maneira de acompanhar as ações implementadas, é preconizada a implantação de auditoria interna com objetivo de averiguar as barreiras preconizadas projetadas para proteger os envolvidos contra os perigos, principalmente avaliar a adesão às práticas de segurança, e após comparar com a efetividade dos resultados obtidos por meio de acompanhamento de indicadores.

Recomenda-se que a utilização de reuniões rápidas e objetivas de equipe, denominada como *Huddles*, tem como propósito definir as intervenções, revisão do trabalho, fazer planos, procedimentos e avançar rapidamente nas tomadas de decisões no cotidiano ou turno. Uma das vantagens dessa técnica é permitir a participação crescente de profissionais da linha de frente, que muitas vezes ficam impossibilitados de participarem de reuniões da equipe convencionais que costumam ser longas (IHI, 2010).

As ações da gestão e da direção do hospital devem propiciar segurança do paciente e ser encarada como a principal prioridade. Seria interessante se os gestores comesçassem a olhar de forma crítica para tudo aquilo que já se desenvolveu fora da área da saúde e transportassem esses conceitos para os hospitais. Os custos e investimentos na prestação de cuidados seguros são inevitáveis, mas a segurança do paciente deverá estar sempre acima de qualquer outro objetivo.

Destaca-se que a segurança é pré-requisito dentro da área da saúde. A vida humana pode não está sendo tratada como prioridade. É preciso investir em mudanças, pois a assistência à saúde do passado não é a mesma do presente, e isso deve começar pela mudança de cultura organizacional, devendo atingir a todos, paciente, profissional, instituição e sociedade.

Quanto à atuação reativa dos gestores é o tipo mais comum entre as instituições assistenciais, devendo ser evitada. Nesse tipo de atuação, as informações de eventos ocorrem por meio da comunicação pelos líderes do serviço ou através de sistema de notificação de eventos, quando realizada pelos profissionais. A evolução de cultura de segurança do tipo patológica para a geradora tem sido longa e de degrau a degrau.

As organizações hospitalares com cultura de segurança bem estruturadas estão no nível proativo, dado que a calculista não é uma verdadeira cultura de segurança. Um aspecto bastante relevante é o do desenvolvimento de cultura de segurança, que não se gera do dia para a noite, levando muito tempo para atingir mudança e objetivo necessários.

O papel da gestão é fundamental na implementação de mudança de cultura na organização, mas, para isso existem algumas regras para introduzir, com sucesso, essas mudanças. O conhecimento, reconhecer que a situação atual da organização pode ter melhor alternativa, criar necessidade de mudança e tornar credível e atingível novo projeto. O planejamento, estabelecer plano de mudança, estabelecer indicadores de mudanças, mensuráveis em dadas fases e vincular ao projeto o *staff* envolvido. A ação, desenvolver ação do plano, rever com base nos indicadores e corrigir sempre que for possível. A manutenção, rever de tempos em tempos se a mudança se mantém e avaliar os impactos e resultados tangíveis da mudança (FRAGATA, 2011).

De fato, o gestor precisa entender que a cultura de segurança assenta nos pilares do ambiente livre de culpa para o erro humano, mas com culpabilidade do erro por violação de regras e normas - cultura justa. Por seguinte, um ambiente de relatos de incidentes, sem culpa, com ciência da equipe, encorajado e com propósito o aprendizado, possibilitando implementação de medidas e controle da eficácia. No funcionamento do trabalho em equipe pautado na cooperação, diálogo estruturado, aprendizado em torno do erro e hierarquia flexível. Na

consciência de risco – *Risk Awareness* inerente atividade e antecipando eventos. Na resiliência após uma adversidade e na transparência interna e externa em torno da segurança – *Full Disclosure* de eventos. Por último, na manutenção do tema Segurança do Paciente na estratégia da organização hospitalar e no desenvolvimento da Cultura de Segurança Organizacional bem liberada.

Os gestores devem criar o ambiente onde se avance para melhorias na segurança do paciente, pois se sabe que a mais rica fonte de ideia e sugestão para promover melhorias são dos profissionais da linha de frente (HUDSON, 2001). No entanto, eles convivem durante as atividades laborais com as complexidades dos sistemas, tendo a noção direta das falhas e oportunidades de iniciativas. Por outro lado, a redução de dimensionamento pode ser um risco para essa ação, e conseqüentemente para segurança do paciente.

De fato, e é verdade que o gestor da instituição precisa compreender que ao intervir na resposta não punitiva ao erro, irá influenciar positivamente na frequência de notificação de eventos. Da mesma forma que ao intervir no dimensionamento de pessoal de enfermagem, terá mais recursos humanos permitindo reduzir a ocorrência de erros na prestação de cuidados à saúde do paciente. A cultura de segurança pelo gestor deve ser vista como a coluna dorsal de qualquer iniciativa séria de segurança.

CONCLUSÃO

A partir desse estudo, evidenciou-se que, segundo a percepção dos enfermeiros, no âmbito dos dois hospitalares públicos e de ensino estudados, uma acreditada e a outra sem acreditação, apresentaram resultados distintos de cultura de segurança do paciente.

Com este estudo foi possível realizar o *benchmarking* e evidenciar, baseando-se nas respostas dos participantes, que a cultura de segurança do paciente é menos frágil em enfermeiros que atuam em hospital acreditado comparado à percepção de enfermeiros que trabalham em hospital não acreditado. Além disso, o hospital não acreditado apresentou valores nas respostas positivas mais inferiores, sendo consideradas assim dimensões frágeis de cultura de segurança do paciente.

A cultura de segurança para os enfermeiros portugueses, desse estudo, que atuam no hospital acreditado, aponta percepção frágil para quatro dimensões e somente uma forte. A maioria das dimensões assume percentual positivo neutro, totalizando sete. Os enfermeiros brasileiros que aceitaram participar desse estudo e atuam no hospital sem acreditação revelaram percepção frágil para oito dimensões, quatro neutras enquanto que nenhuma forte.

As dimensões de trabalho em equipe dentro das unidades e a expectativa de promoção de segurança dos superiores foram as que melhor se apresentaram nos dois hospitais.

Os resultados identificados como oportunidades de melhorias mais urgentes são no hospital brasileiro a dimensão “Suporte/Apoio da Gestão para a Segurança”, e no hospital português a dimensão “Resposta não punitiva ao erro”, por assumirem percentuais positivos mais baixos. Enquanto que as dimensões frágeis que se mostraram comuns aos dois hospitais do estudo foram Resposta não punitiva ao erro; Frequência de eventos notificados, Suporte da gestão para a segurança e Profissionais (quadro pessoal).

Diante dos resultados encontrados, determinar as percepções dos enfermeiros para a cultura de segurança do paciente nos dois hospitais públicos e de ensino contribui para o início de um processo de melhoria da Segurança do

Paciente. Esse diagnóstico permite identificar as dimensões prioritárias para os gestores de risco na implementação de mudanças e posteriormente avaliar o impacto da cultura de segurança sobre indicadores de resultados na prestação de cuidados à saúde do paciente.

Por seguinte, os resultados obtidos sugerem implantação de medidas para melhorar a cultura de segurança nos hospitais estudados. Particularmente, no hospital brasileiro o suporte da gestão para promover segurança do paciente evidenciou o menor valor de resposta positiva, emergindo a necessidade urgente do desenvolvimento de uma política institucional e ações para a segurança do paciente. A segurança do paciente nessa instituição carece de prioridade.

Nesse mesmo sentido, no hospital português a resposta não punitiva ao erro seguido da frequência de eventos notificados revelou o menor valor de resposta positiva, logo, sugere-se a criação de uma cultura organizacional de notificação de incidentes de forma aberta, transparente, justa, flexível, dando base para o aprendizado organizacional.

As instituições devem adotar uma cultura de segurança justa pautada na consciência ativa dos enfermeiros, das ações e situações que podem originar o erro ou falhas, além de dar elementos para que os enfermeiros possam falar dos seus próprios erros sem medo de serem punidos disciplinarmente pelos superiores, demitidos e intimidados pelos seus próprios pares. A cultura da culpabilidade desencoraja a notificação de erros, negligência informações valiosas sobre eles, e mais do que isso, limita a possibilidade de ser analisada e mais relevante, impede evitar que o evento aconteça novamente.

Almejar uma cultura de segurança conforme mencionado promove a notificação de eventos voluntária, identifica trajetória de erro ou possível violação de regras, que, corrigidas a tempo, auxiliam na ocorrência de novos eventos. Mas, para que isso venha a ocorrer é necessário um ambiente isento de punição e livre de perseguição profissional. Desse modo, o sistema de notificação pode se tornar mais eficaz e ser algo impulsionador na elevação da frequência para os enfermeiros, com a menor probabilidade de ocorrência de erros ou falhas.

Outro ponto que se evidenciou inferior nas respostas positivas, nos dois hospitais, foi a dimensão profissional. Esses hospitais precisam gerir melhor o dimensionamento de enfermeiros nos serviços para garantir uma prestação de

cuidado seguro, levando em consideração o tipo de tarefa, complexidade da atividade, competência e experiência do enfermeiro, ambiente e estrutura favorável para o exercício da profissão, regime diferenciado entre os enfermeiros e apoio de outros serviços.

Os hospitais, assim como qualquer outra organização no mundo capitalista e globalizado, buscam produtividade e qualidade, investindo em tecnologias para melhoria na assistência, no entanto, não devem ignorar a importância do investimento no seu capital humano.

A segurança do paciente deveria ser priorizada acima de qualquer objetivo financeiro e operacional das organizações de saúde, pois a segurança do paciente é a segurança de todos nós.

Para que haja uma intervenção efetiva de melhorias nos hospitais será necessário levar em consideração alguns aspectos fundamentais, como a gestão institucional, liderança, pessoal, estrutura, processo e resultado.

Nesse estudo foi possível evidenciar que um hospital acreditado assume percentual positivo mais elevado comparado com um não acreditado. Ademais, o hospital português conta com um gabinete de qualidade e segurança do paciente vigoroso, robusto e de larga experiência dos membros envolvidos, por isso, acredita-se que a implantação desse gabinete resultou em mudança inicial na cultura de segurança do paciente.

A mudança de cultura de segurança pode ser vista como uma medida de resultados, que permite avaliar a variação do hospital ao longo do tempo, dinamizando alterações por meio da implantação de ações de segurança que envolve os enfermeiros e demais profissionais na prestação de cuidados aos pacientes.

Por fim, espera-se que os resultados desse estudo possam ser úteis e servir de embasamento para os gestores dos hospitais do estudo, de forma a possibilitar avanços e permitir melhoria contínua da cultura de segurança do paciente. Inúmeras barreiras e desafios precisam ser enfrentados nas organizações de saúde hospitalar e pesquisa envolvendo a segurança do paciente que ainda não possui o benefício de ter suas diretrizes estabelecidas. Além disso, recomenda-se que as instituições de saúde possa mensurar a cultura

de segurança do paciente de modo frequente, permitindo identificar e acompanhar as mudanças ao longo do tempo.

Porém, a relevância principal desse estudo está na possibilidade da investigação ser o caminho para a busca de fundamentação e evidência científica. No entanto, considera-se o envolvimento de todos da organização hospitalar, pautado na comunicação efetiva, aprendizado organizacional baseado na confiança e profissionalismo, no compromisso e responsabilidade, na estrutura favorável e na implementação de processo; essas são medidas imprescindíveis para alcançar resultados positivos de cultura de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

ABOSHAIQAH, A. E.; BAKER, O. G. Assessment of Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in a Saudi Arabia Hospital. *J. Nurs. Care. Qual.*, v. 28, n. 3, p. 272–280, Jul./Sep. 2013. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2012161007&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 14 jan. 2011.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Triggers and targeted injury detection systems (TIDS) expert panel meeting: conference summary, n. 09-0003, June/July, 2008, Rockville (MD). *Conference Summary Report*. Rockville, MD, Feb. 2008. Disponível em: <<http://archive.ahrq.gov/news/events/other/triggers/triggers.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2014.

AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, v.344, n. e1717, p. 1-14, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2015.

AIKEN, L. H. et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. February 26, 2014. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-/abstract) Acesso em: 01 jun. 2016.

ALAHMADI, H. A. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual. Saf. Healthc. Care.*, v. 19, n.e17, p. 1-5, Oct. 2010. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/19/5/e17.long>>. Acesso em: 20 set. 2015.

ALLEN, S.; CHIARELLA, M.; HOMER, C. S. Lessons learned from measuring safety culture: An Australian case study. *Midwifery.*, v. 26, n. 5, p. 497–503, Oct. 2010. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(10\)00116-6](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(10)00116-6)>. Acesso em: 30 jun. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Portaria n. 1660, de 22 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS), no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/da57ae004b948770aa0cbaaf8fded4db/Portaria_MS_1660_22_de_julho_de_2009.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 13 maio 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde:

Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília, 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução - RDC Nº 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília, Publicada no DOU Nº 17 seção 01, de 26/01/2010. Disponível em: <http://www.who.int/about/copyright/en/>. Acesso em: 15 nov. 2013.

_____. Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (Notivisa). Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm>. Acesso em: 06 abr 2016.

AUSSERHOFER, D. et al. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.*, n. 50, p. 240-252, 2013. Disponível em: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00145-9](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00145-9). Acesso em: 30 jun. 2014.

BALLANGRUD, R.; HEDELIN, B.; HALL-LORD, M. L. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs.*, v. 28, p. 344-354, 2012. Disponível em: [www.intensivcriticalcare nursing.com/article/S0964-3397\(12\)00002-X](http://www.intensivcriticalcare nursing.com/article/S0964-3397(12)00002-X). Acesso em: 30 jun. 2014.

BANDURA, A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes.*, v. 50, p. 248-287, 1991. Disponível em: http://www.behavioral-safety.com/articles/Towards_a_model_of_safety_culture.pdf. Acesso em: 13 mar. 2014.

BARBIERI-FIGUEIREDO, M. C.; VICENTE, C.; MARTINS, M. M. 2014. Post-graduation in Nursing education: two decades of nursing knowledge development. In: X CONFERÊNCIA DA REDE GLOBAL DOS CENTROS COLABORADORES DA OMS, 2014, Coimbra. *Revista de Enfermagem Referencia*, Coimbra, 2014.

BARBOSA, L. N. H. Cultura administrativa das relações entre antropologia e administração. *Rev adm empres.*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 6-19, out./dez. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v36n4/a02v36n4.pdf>. Acesso em: 03 maio 2015.

BARCELLOS, G. B. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. *Segurança do paciente criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. Cap. 7.

BATALHA, E. M. S. S. *A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital universitário*. 2012. 154 f. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas dos Gerenciamento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-03012013-105906/publico/Dissertacao_Edenise_Maria_Batalha.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2013.

BATES, D. W. et al. *Global priorities for patient safety research: Better knowledge for safer care*. Geneva: World Health Organization, 2009. 12 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44205/1/9789241598620_eng.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

BENNER, P. Designing formal classification systems to better articulate knowledge, skills, and meanings in nursing practice. *American Journal Of Critical Care.*, v. 13, n. 5, Sep. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15470860>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BERWICK, D.M. *Promising Care: How We Can Rescue Health Care by Improving It*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2014.

BLACK, A. A., et al. Insights into the climate of safety towards the prevention of falls among hospital staff. *J Clinic Nurs.*, n. 20, p. 2924-2930, 2011. Disponível em: <<http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=21776>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

BLEGEN, M. A. et al. AHRQ's Hospital Survey on Patient Safety Culture: Psychometric Analyses. *J Patient Saf.*, v. 5, n. 3, p. 139-144, Sep. 2009. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/19/4/346.full.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2014.

_____. Improving safety culture on adult medical units through multidisciplinary teamwork and communication interventions: the TOPS Project. *Qual Saf Health Care.*, n. 19, p. 346-350, 2010. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/19/4/346.full.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2014.

BOTO, P.; COSTA, C.; LOPES, S. Acreditação, benchmarking e mortalidade. *Rev Port Sau Pub.*, v. 7, p. 103-116, 2008. Disponível em: <<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-7-2008-administracao-hospitalar/E-05-2008.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente, Portaria N° 529 de 1° abril de 2013. Brasília, 2013. Acesso em: 25 jan. 2014.

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.*, v. 324, n. 6, p. 370-377, Feb. 1991. Disponível em: <http://www.aegris.org/blog/Harvard_I.pdf>. Acesso em: 13 out. 2014.

BROWN, D. S.; WOLOSIN, R. Safety Culture Relationships with Hospital Nursing Sensitive Metrics. *J Health Qual.*, v. 35, n. 4, p. 61-74, Aug. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23777363>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

CAGLIANO, R. et al. The impact of country culture on the adoption of new forms of work organization. *Int J Oper Prod Man.*, v. 31, n. 3, p. 297-323, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-394.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2011.

CAMERINI, F. G. *Segurança do paciente na utilização de heparina intravenosa: cuidados de enfermagem baseados na análise dos fatores de risco para eventos hemorrágicos*. 2014. 150 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

CAPUCHO, H. C.; BRANQUINHO, S; REIS, L. V.. Gerenciamento de risco e segurança do paciente. Ribeirão Preto (SP): HCFMUSP, 2010. 50 p. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/510f0a460507f.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2014.

CASTLE, N. et al. Comparing the safety culture of nursing homes and hospitals. *Journal of Applied Gerontology*, v. 30, n. 1, p. 22-43, Jan. 2011. Disponível em: <<http://jag.sagepub.com/content/30/1/22.abstract>>. Acesso em: 14 jan 2014.

CHABOYER, W. et al. Safety Culture In Australian Intensive Care Units: Establishing A Baseline For Quality Improvement. *Am J Crit Care.*, v. 22, n. 2, p. 93-102, Mar. 2013. Disponível em: <<http://ajcc.aacnjournals.org/content/22/2/93.full.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

CHANTLER, C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. *Lancet.*, v. 353, n. 9159, p. 1178-1181, Apr. 1999. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(99\)010752/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(99)010752/fulltext)>. Acesso em: 22 mar 2015.

CHELLURI, L. P. Quality and performance improvement in critical care. *Indian J Crit Care Med.*, v. 12, n. 2, p. 67–76, Apr./June 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2738304/>>. Acesso em: 20 mar 2014.

CHEN, C.; LI, H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research.*, v. 10, n. 152, 10p., June 2010.

CLINCO, S. D. O. *O Hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente*. 2007. 98 f. Dissertação (Mestrado em Administração e Planejamento em Saúde) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2007. Disponível em: < <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4900/106674.pdf?sequence=1&isAllowed=y> >. Acesso em: Acesso em: 09 set. 2015.

COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care.*, v.14, n. 5, p. 364-366, Oct. 2005. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/pdf/v014p00364.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2015.

COLLINS, R. Heinrich's Fourth Dimension. *Open Journal of Safety Science and Technology*, 1, p. 19-29, June 2011. Disponível em: <http://file.scirp.org/pdf/OJSST_20110100001_95580198.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015.

COMETTO, M. C. et al. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2011. Disponível em: <<http://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2013/06/contenido.pdf?ua=1>>. Acesso em: 14 jan. 2011.

COMMITTEE OF EXPERTS ON MANAGEMENT OF SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2005, [S.l.]. *Glossary of terms related to patient and medication safety: approved terms*. Council of Europe, 2005. Disponível em: <<http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf>>. Acesso: 14 ago. 2015.

CONFEDERATION OF BRITISH INDUSTRY. *Developing a Safety Culture Business for Safety*. Washington, DC, 1990. Relatório

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais*. Versão 1.0. Departamento de Tecnologia da Informação (DTI/COFEN), mar. 2011.

_____. Resolução n. 311 de 08 fev. 2007. Aprova a reformulação do Código de ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (Brasil). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais*. 4 ed. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

COOPER, M.D. Towards a model of safety culture. *Safety Science*, v. 36, p. 111-136, 2000. Disponível em: <http://www.behavioral-safety.com/articles/Towards_a_model_of_safety_culture.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2014

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (Brasil). Ministério da Educação. *Plano Nacional de Pós-Graduação - PNPg 2011-2020*. Brasília (DF): CAPES; 2010. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/PNPg_Miolo_V2.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

COX, S.J.; COX, T. The structure of employee attitude to safety: a European example. *Work Stress*, v. 5, n. 2, p. 93-106, 1991. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/ref/10.1080/02678379108257007>>. Acesso em: 13 out. 2014

COX, S. J.; FLIN, R., Safety culture: philosopher's stone or man of straw? *Work Stress*, v. 12, n. 3, p. 189-201, 1998. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678379808256861>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

DALRI, R. C. M. B.; SILVA, L. A.; MENDES, A. M. O. C.; ROBAZZI, M. L. C. C. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Nov.-dez. 2014;22(6):959-65. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf. Acesso em: 24 ago 2015.

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

DONABEDIAN, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. V. 1, 16, 3p.

DONABEDIAN, A. *Qualidade na assistência à saúde*. São Paulo: FGV/HCFMUSP/PROAHSA, 1993.

_____. The quality of care, how can it be assessed? *JAMA*, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, Sep. 1988. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>>. Acesso em: 14 jan. 2011.

DRUCKER, P. *Sociedade Pós-capitalista*. 6 ed. São Paulo: Pioneira, 1997.

EIRAS, M. et al, *Estudo piloto de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais Portugueses*. Portugal: Direção-Geral de Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/ms>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

EIRAS, M. *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia*. 2011. 249 f. Tese (Doutoramento em Saúde Pública na especialidade de Políticas e Administração em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2011b.

EIRAS, M. O papel da liderança e a cultura de segurança do doente nos hospitais. *Revista Gestão Hospitalar*. Coimbra, 2014, p.18-21. Associação portuguesa de administradores hospitalares APAH. Disponível em: <http://apah.pt/media/revista/3_GH_Abr2014_WEB.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2014.

ERLER, C. et al. Perceived Patient Safety Culture in a Critical Care Transport Program. *Air Med J.*, v. 32, n. 4, p.208-215, Aug. 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1067991X12003380>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

EUROPEAN COMMISSION. *Eurobarometer Qualitative Study: Patient involvement*. Brussels: Directorate-General for Health and Consumers, 2012. 124

p. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/eurobaro_patient_involvement_2012_en.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

_____. DG Health And Consumer Protection. Luxembourg Declaration on Patient Safety: Patient Safety – Making it Happen! Luxembourg, 2005.

FAJARDO-DOLCI, G. Cultura sobre seguridad del paciente em profesionales de la salud. *Cir Cir*, v. 78, n. 6, p. 527-532, nov./dic. 2010. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc106j.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2014.

FASSARELLA, C. S.; SILVA, L. D.; FIGUEIREDO, M. C. B. Doutorado em enfermagem em regime de cotutela internacional: uma possibilidade a ser experimentada. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2013 dez; 21(esp.1):682-6. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/10055>>. Acesso em: 06 out. 2016.

FELDMAN, L. B. *Gestão de risco e segurança hospitalar*. São Paulo: Martinari. 2008.

FERNANDES, A. M. M. L.; QUEIRÓS, P. J. P. Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Rev. Enf. Ref.*, v. 3, n. 4, p. 37-48, jul. 2011. Disponível em: <<https://doaj.org/article/06dfdef25afa445d92a883d21d3b647f>>. Acesso em: 13 set. 2014.

FERNANDES, S. M. B. A.; MEDEIROS, S. M.; RIBEIRO, L. M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 10, n. 2, p. 414-427, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>>. Acessado em 20 abr. 2016.

FLEMING, M. Patient safety culture measurement and improvement: a 'how to' guide. *Healthc Q.*, v. 8, p. 14-19, Oct. 2005. Disponível em: <<http://www.longwoods.com/content/17656>>. Acesso em: 14 jan. 2011.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care.*, v. 15, n. 2, p. 109-115, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464831/>>. Acesso em: 03 dez. 2013.

FLIN, R.; YULE, S. Leadership for safety: industrial experience. *Qual Saf Health Care.*, v. 13, p. ii45-ii51, 2004. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_2/ii45.full>. Acesso em: 09 set. 2015.

FRAGATA, J. I. G. A segurança dos doentes: indicador de qualidade em saúde. *Rev Port Clin Geral.*, v. 26, p. 564-570, 2010. Disponível em: <http://bibliobase.sermis.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449_RevPortCliGeral.pdf>. Acesso em: 13 set. 2014.

FRAGATA, J.; MARTINS, L. *O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almerinda, 2014. 328 p.

FRAGATA, J. *Risco clínico: complexidade e performance*. Coimbra: Almedina, 2006. 346 p.

_____. *Segurança dos Doentes: Uma abordagem prática*. Coimbra: Lidel, 2011. 324 p.

FRAGATA, J.; SOUSA, P.; SANTOS, R. S. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: SOUSA, P.; MENDES, W. *Segurança do paciente criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. Cap. 1, p. 17-36.

FREITAS, H. O. et al. O método de pesquisa survey. *Revista de Administração*. São Paulo, v.35, n.3, p.105-112, jul./set. 2000. Disponível em: <<http://rausp.usp.br/wp-content/uploads/files/3503105.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2014.

GAIDZINSKI, R. R. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 57, n. 4, jul./ago. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000400015 >. Acesso em: 18 out. 2011.

GARRETT, C. The effect of nurse staffing patterns on medical errors and nurse burnout. *AORN J.*, v. 87, n. 6, p. 1191–1204, June. 2008. Disponível em: <[http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(08\)00107-5/abstract](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(08)00107-5/abstract)>. Acesso em: 13 set. 2014.

GELLER, S. The Psychology of Safety: How to improve behaviors and attitudes on the job. In: RUDIN-BROWN, C. M.; JAMSON, S. *Behavioural Adaptation and road safety theory, evidence and action*. Boca Raton: Taylor & Francis Group, 2013.

GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

GINSBURG, L. et al. Advancing measurement of patient safety culture. *Health Serv Res.*, v. 44, n. 1, p. 205-224, Feb. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2669635/>>. Acesso em: Acesso em: 09 set. 2015.

GLENNON, D. P. Safety climate in organisations. In: PROCEEDINGS OF THE 19TH ANNUAL CONFERENCE OF THE ERGONOMICS SOCIETY OF AUSTRALIA AND NEW ZEALAND, 1982, University of Melbourne. *Ergonomics and Occupational Health*. Australia: Ergonomics Soc. of Australia and New Zealand, 1982. p. 17-31. Ergonomics Society of Australia and New Zealand

GONZALEZ-ROMA, V. et al. The validity of collective climates. *J Occup Organ Psych.*, v. 72, n. 1, p. 25-40, Mar. 1999. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/096317999166473/abstract>>. Acesso em: 26 maio 2015.

GOUVÊA, C. Indicadores de segurança do paciente. SOUSA, P.; MENDES, W. *Segurança do paciente criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. Cap. 5.

GREENER, T. Understanding Organizations: Part I. [S.l.]: Bookboon, 2010. Ebook. Disponível em: <<http://www.gdufs.biz/understanding-organisations-part-one.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2014.

GROVES, P. S. The Relationship Between Safety Culture and Patient Outcomes: Results From Pilot Meta-Analyses. *Western J Nurs Res.*, v. 36, n. 1, p. 66–83, 2014. Disponível em: <<http://wjn.sagepub.com/content/36/1/66.long>>. Acesso em: 14 jan. 2011.

GULDENMUND, F. W. The nature of safety culture: A review of theory and research. *Safety Sci.*, v. 34, n. 1-3, p. 215-257, Feb. 2000. Disponível em: <<http://www.science-direct.com/science/article/pii/S092575350000014X>>. Acesso em: 13 set. 2014.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.*, v. 20, n. 4, p. 338-343, Apr. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21303770>>. Acesso em: 2 abr. 2015

HAMDAN, M.; SALEEM, A. A. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *Int J Qual Health Care.*, v. 25, n. 2, p. 167–175, 2013. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/25/2/167.full.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

HANDLER, S. M. et al. Patient safety culture assessment in the nursing home. *Qual Saf Health Care*, v. 15, n. 6, p. 400-404, Dec. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464903/>>. Acesso em: 07 fev. 2014.

HANSEN, L. O.; WILLIAMS, M. V.; SINGER, S. J. Perceptions of Hospital Safety Climate and Incidence of Readmission. *Health Serv Res.*, v. 46, n. 2, p. 596-616, Abr. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3064921/pdf/hesr0046-0596.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. *ACSNI Human Factors Study Group: Organising for safety. Third report. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installation*. England: HSE, 1993. 100p.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. *The Ladbroke Grove Rail Inquiry: Part 1 Report*. Norwich (UK), 2000. Ebook. Disponível em:

<http://www.railwaysarchive.co.uk/documents/HSE_Lad_Cullen001.pdf>. Acesso em: 29 maio 2015.

_____. *The Ladbroke Grove Rail Inquiry: Part 2 Report*. Norwich (UK), 2001. Ebook. Disponível em: <http://orr.gov.uk/__data/assets/pdf_file/0020/5663/incident-ladbrokegrove-lgri2.pdf>. Acesso em: 29 maio 2015.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE. *A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit*. Bristol: Human Engineering HSE, 2005. Ebook. Disponível em: <<http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2014.

_____. *Safety Culture: A review of the literature*. Sheffield: Health and Safety Laboratory (HSL), 2002. Disponível em: <http://www.hse.gov.uk/research/hsl_pdf/2002/hsl02-25.pdf>. Acesso em: 5 maio 2015.

HERSHEY, K. Culture of safety. *Nurs Clin North Am.*, v. 50, n. 1, p. 139-152, Mar. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25680493>>. Acesso em: 26 maio 2015

HUDSON, P. T. W. Aviation safety culture. *IJAM*, v. 3, p. 27–48, 2003a.

HUDSON, P. T. W. Applying the lessons of high risk industries to health care. *Qual Saf Health Care.*, v. 12, n. 1, p. i7-i12, 2003b. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_1/i7.full>. Acesso em: 14 jan. 2011.

_____. Safety management and safety culture: the long, hard and winding road. In: PEARSE, W.; GALLAGHER, C.; BLUFF, L. (Ed.). *Occupational health and safety management systems: Proceedings of the First National Conference*. Melbourne: Crown Content, 2001. p. 3–32. Ebook. Disponível em: <http://www.mtpinnacle.com/pdfs/gen_ohsms_4231.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2014.

HUGHES, L. C.; CHANG, Y.; MARK, B. A. Quality and strength of patient safety climate on medical–surgical units. *J Nurs Adm.*, v. 42, n. 10, p. 19-28, Oct. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22976891>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

HUGONNET, S.; CHEVROLET, J. C.; PITTET, D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Crit Care Med.*, v. 35, n. 1, p. 76-81, Jan. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17095946>>. Acesso em: 10 out. 2013.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. What was the 5 ilion Lives Campaign. Cambrigde (USA): IHI, 2013. Disponível em: <<http://www.ihl.org/about/>>

Documents/5MillionLivesCampaignCaseStatement.pdf>. Acesso em: 02 out. 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001. 337p. Ebook. Disponível em: <<http://www.nap.edu/books/0309072808/html>>. Acesso em: 21 out. 2013.

_____. *The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes*. Washington, DC: The National Academies Press, 2010. 852p. Workshop series summary. Ebook. Disponível em: <http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=12750>. Acesso em: 11 ago. 2015.

_____. *Best care at lower cost the path to continuously learning healthcare in America*. Washington (DC): The National Academies Press, 2013. 436p.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY. Summary Report on the Post-Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident. Vienna: International Safety Advisory Group, 1986. 108p. Safety Series 75, INSAG-1. Relatório Técnico. Disponível em: <<http://www.ilankelman.org/miscellany/chernobyl.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2013.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Dotações seguras salvam vidas: Instrumento de Informação e Acção*. Genebra (Suíça): ACN, 2006. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2006.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2014.

JACKSON, J.; SARAC, C.; FLIN, R. Hospital safety climate surveys: measurement issues. *Curr Opin Crit Care.*, v. 16, n. 6, p. 632-638, Dec. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20827181>>. Acesso em: 07 fev. 2014.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION ON HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *Hospital Accreditation Standards: Accreditation Policies Standards Elements of Performance Scoring*. Oakbrook Terrace: Joint Commission, 2005.

_____. *Manual internacional de padrões de acreditação hospitalar*. 3 ed. Estados Unidos: Joint Commission Resources, 2007.

JONES, F.; PODILA, P.; POWERS, C. Creating a Culture of Safety in the Emergency Department. *J Nurs Adm.*, v. 43, n. 4, p. 194-200, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23528684>>. Acesso em: 06 out. 2014.

JURAN, J. M.; GRANA, F. M.; BINGHAM, R. S. *Manual de Control de la Calidad*. 2 ed. Barcelona: Reverté, 1990. Cap.2

KAGAN, I.; BARNOY, S. Organizational Safety Culture and Medical Error Reporting. *J Nurs Scholarsh.*, v. 45, n. 3, p. 273-280, Sep. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23574516>> Acesso em 2014 Jun 30

KASS-BARTELMES, B. L. *AHRQ Tools and resources for better health care*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Dec. 2002. 16p. Research in Action Issue 10. Disponível em: <<http://archive.ahrq.gov/research/findings/factsheets/tools/toolsria/toolsria.html>>. Acesso em: 03 maio 2015.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. C. (ed.). *To Err is Human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academy Press, 2000. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. Ebook Disponível em <<http://www.nap.edu/books/0309068371/html>>. Acesso em: 10 out. 2013.

KURCGANT, P. *Gerenciamento em Enfermagem*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

KUSAHARA, D. M.; CHANES, D. C. Informes de errores y de eventos adversos. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. *Enfermería a diario: La seguridad del paciente*. São Paulo: Yendis. 2012.

KUWABARA, C. C. T.; ÉVORA, Y. D. M.; OLIVEIRA, M. M. B. Gerenciamento de risco em tecnovigilância: construção e validação de instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, v. 18, n. 5, 9p., set./out. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_15.pdf. Acesso em: 07 fev. 2014.

LEE, T. Assessment of safety culture at a nuclear reprocessing plant. *Work Stress*, v. 12, n. 3, p. 217-237, July 1998. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678379808256863?journalCode=twst20>>. Acesso em: 10 out. 2013.

LIMA, H. O.; DUTRA, E. C. R. O Gerenciamento de Riscos na Saúde – aplicação na atenção hospitalar. *Rev. Adm. Hosp. Inov. Saúde.*, n. 5, p.87-90, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1114/828>>. Acesso em: 07 fev. 2014.

LISTYOWARDOJO, T. A.; NAP, R. E.; JOHNSON, A. Variations in hospital worker perceptions of safety culture. *Int J Quality Health Care.*, v. 24, n. 1, p. 9-15, 2012. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/24/1/9.full.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

LO, L. *Teamwork and Communication in Healthcare: a Literature review*. Canada: Canadian Patient Safety Institute, 2011. 68p. Ebook. Disponível em: <<http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/teamworkCommunication/Documents/Canadian%20Framework%20for%20Teamwork%20and%20Communications%20Lit%20Review.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2011.

LOHR, K. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington, DC: National Academy Press, 1990. v. 1, 441p. Committee to Design a Strategy for Quality

Review and Assurance in Medicare. Division of Health Care Services. Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=1547&page=R1>. Acesso em: 11 set. 2015.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. *Enferm. Foco.*, Brasília, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156>>. Acesso em: 25 out. 2013.

McLAUGHLIN, N. et al. Impact of the Time-Out Process on Safety Attitude in a Tertiary Neurosurgical Department. *World Neurosurg.*, v. 82, n. 5, p. 567-574, Sep. 2013. Disponível em: <[http://www.worldneurosurgery.org/article/S1878-8750\(13\)00888-7](http://www.worldneurosurgery.org/article/S1878-8750(13)00888-7)>. Acesso em: 30 jun. 2014.

MEDRONHO, R. A. Epidemiologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELLEIRO, M. M. *Análise das dimensões de qualidade oriundas de modelos avaliativos em saúde*. 2010. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. Cultura e segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Revista Texto e Contexto em Enfermagem.*, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care.*, v. 21, n. 4, p. 279-284, June 2009. Disponível em: <<http://www.aeciherj.org.br/publicacoes/evento-adverso-Brasil-2009.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

MITCHELL, P. H. Defining Patient Safety and Quality Care. In: HUGHES, R. G. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Apr. 2008. v.1, cap. 1, p. 1-5. Ebook. Disponível em: <<http://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

MORELLO, R. T. et al. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: A systematic review. *BMJ Qual Saf.*, v. 22, n. 1, p. 11-18, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/230591446_Strategies_for_improving_patient_safety_culture_in_hospitals_A_systematic_review>. Acesso em: 21 jul. 2014.

MOSCOVICI, F. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*. 5 ed. Rio de Janeiro (RJ): José Olympo, 2003.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. Step 1: Build a safety culture *In: Seven Steps to Patient Safety: the full reference guide*. UK: NPSA, 2004. p. 13-34. Ebook. Disponível em: <www.npsa.nhs.uk/sevensteps>. Acesso em: 15 jan. 2014.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. *National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report*. Chicago: NPSF, Dec. 2001. 56 p.

NATIONAL QUALITY FORUM. *Standardizing a Patient Safety Taxonomy: A Consensus Report*. Washington, DC: National Quality Forum, 2006.

NEVES, J.G. *Clima organizacional, cultura organizacional e gestão de recursos humanos*. Lisboa: Editora RH, 2000. 304 p.

NIGHTINGALE, F.; GOLDIE, S. M. *'I have done my duty': Florence Nightingale in the Crimean War 1854-56*. Manchester: Manchester University Press, 1987.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, v. 12, n. 2, p. ii17-ii23, 2003. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full>. Acesso em: 10 out. 2013.

PETERLINI, L. P.; SAES, A. C. Culpa: Cultura de não punição e accountability na assistência à saúde. In: FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. *Segurança do paciente*. São Paulo: Martinari, 2014.

PIMENTA, L. C. *Avaliação da cultural de segurança do doente e propostas de melhoria*. 2013. 90 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde) - Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Escola Superior de Saúde da Universidade de Algarve, Lisboa, 2013.

PIZZI, L. T.; GOLDFARB, N. I.; NASH, D. B. Procedures for obtaining informed consent. In: *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Evidence Report/Technology Assessment, Number 43. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001. Cap. 48, p. 546-555. Ebook. Disponível em: <<http://archive.ahrq.gov/clinic/ptsafety/pdf/chap48.pdf>>. Acesso em: 29 abr 2015

POLEY, M. J. et al. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatr Crit Care Med.*, v. 12, n. 6, p. 310-316, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21572367>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

PORTUGAL. *Dados Estatísticos 2000-2012*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, jan. 2013a. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados_estatisticos/files/assets/basic-html/page10.html>. Acesso em: 07 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Norma n. 015/2014 de 25 de setembro de 2014. *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA*. Direção da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde.

PORTUGAL. Lei n.º 68 de 29 de agosto de 2013. *Estabelece a duração do período normal de trabalho dos trabalhadores em funções públicas*. Diário da República, 1.ª série, n. 166. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República*, 2.ª série, n. 28, 10 fev. 2015. Lisboa: Direção Geral da Saúde. 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Despacho n.º 14223/2009. *Diário da República*, 2.ª série, n. 120, 24 jun. 2009. Lisboa: Direção Geral da Saúde. 2009a.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde: Gestão Clínica*. Direção Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura nos Hospitais*. n. 025/2013. Direção Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. 2015b.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Eixo Estratégico: Qualidade em Saúde*. Direção Geral da Saúde. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Direção Geral da Saúde. Departamento de Qualidade na Saúde. 2009b.

PROFIT, J. et al. Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.*, v. 97, n. 2, p. 1-17, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3845658/pdf/nihms527239.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE. *A Guide to the Project Management Body of Knowledge: PMBOK Guide*. 3th ed. Pennsylvania (EUA), 2004. 589p.

RADUENZ, A. C. et al. Nursing Care and Patient Safety: Visualizing the organizations, Storage and Distribution of medication with photographic research methods. *Rev Latino-Am Enferm.*, v. 18, n. 6, p. 1045-1054, Nov./Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en>. Acesso em: 10 jul. 2014.

RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS, A. Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. *J Crit Care.*, v. 28, p. 51–61, 2013. Disponível em: <[http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441\(12\)00152](http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(12)00152)>. Acesso em 2014 Jun 30

RAFTOPOULOS, V.; SAVVA, N.; PAPADOPOULOU, M. Safety Culture in the Maternity Units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Health Serv Res.*, v. 11, p. 238, 2011. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196700/pdf/1472-6963-11-238.pdf>>. Acesso em: 2014 Jun 30

REASON, J. Human error: models and management. *BMJ.*, v. 320, n. 7237, p. 768-770, Mar. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>>. Acesso em: 14 jan. 2011.

_____. *Human error*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1990. 320p.

_____. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. UK: Ashgate, 1998.

_____. Safety in the operating theatre – Part 2: Human error and organisational failure. *Qual Saf Health Care.*, v. 14, p. 56-61, 2005. Disponível em: <<http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1743973&blobtype=pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2014.

_____. Foreword. In: BOGNER, M. S. (Ed). *Human Error in Medicine*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994, p. xi.

REIS, C. T. *A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro*. 2013. 203 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

_____. *Cultura em Segurança do Paciente*. SOUSA, P.; MENDES; W. *Segurança do paciente criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. Cap. 4.

ROBERTS, K. H. Cultural characteristics of reliability enhancing organizations. *JMI*, v. 5, n. 2, p. 165-181, 1993. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/40603976>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

SANTOS, S. R. Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual. *Cogitare Enferm.*, v. 12, n. 2, p. 229-35, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/7690/6730>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

SATURNO, P. J. *Evaluación de los protocolos o guías de práctica clínica*. Manual del Master en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. 2 ed. Murcia: Universidad de Murcia, 2008.

SCHEIN, E. H. *Cultura Organizacional e Liderança*. São Paulo: Atlas, 2009.

_____. Organizational Culture. *American Psychologist.*, v. 45, p. 109-119, Feb. 1990. Disponível em: <[http://ciow.org/docsB/Schein\(1990\)OrganizationalCulture.pdf](http://ciow.org/docsB/Schein(1990)OrganizationalCulture.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2014

SCHNEIDER, S.; SCHIMITT, C. J. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 9, p. 49-87, 1998. Disponível em <https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1195186/mod_forum/attachment/261578/O%20uso%20do%20m%C3%A9todo%20comparativo%20nas%20Ci%C3%A7%C3%A2ncias%20Sociais.pdf>. Acesso em: 14 set. 2015.

SCHWENDIMANN, R. et al. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *MJ Qual Saf.*, v. 22, p.32–41, July 2013a. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/22/1/32.full.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2014.

_____. A closer look at associations between hospital leadership walkrounds and patient safety climate and risk reduction: a cross-sectional study. *Am J Med Qual.*, v. 28, n. 5, p. 414-421, Sep./Oct. 2013b. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23354869>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

SCOCHI, C. G. S. et al. Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. *Rev Bras Enferm.*, v. 66, p. 80-89, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea11.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2015.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.*, v. 6, n. 44, 10p., Apr. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/pdf/1472-6963-6-44.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2011.

SILVA, N. As interseções entre cultura e aprendizagem organizacional. *Convergencia.*, v. 8, n. 26, p. 55-76, Sep./Dec. 2001. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEO/eneo_2000/2000_ENEO19.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

SILVA, L. D. Segurança do Paciente no Contexto Hospitalar. *Rev. enferm. UERJ.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 291-292, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4076/2871>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

_____. Segurança e qualidade nos hospitais brasileiros. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 425-426, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a01.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

SINGER, S. et al. Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Serv Res.*, v. 42, n. 5, p. 1999-2021, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2254575/>>. Acesso em: 30 set. 2014

SMITS, M. et al. The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals. *J Clin Nurs.*, v. 21, p. 3392-3401, 2012. Disponível em:

<<http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=25689>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

SORENSEN, J. N. Safety culture: a survey of the state-of-the-art. *Reliab Eng Syst Safe.*, v. 76, p.189-204, 2002. Disponível em: <<http://pbadupws.nrc.gov/docs/ML0827/ML082740187.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

SORRA, J. et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Mar. 2007.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. 74p. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>>. Acesso em: 20 mar 2014.

SOUSA, A. M. *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente num Centro Hospitalar da Região Centro*. 2013. 155 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra) – Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, 2013. Escola Nacional de Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/24879/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Cultura%20Seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf> Acesso em: 08 abr. 2015.

SOUZA, E. L. P. *Clima e cultura organizacionais: como se manifestam e como se manejam*. São Paulo: E. Blucher, 1978. 91p.

STANIK-HUTT, J. et al. The Quality and Effectiveness of Care Provided by Nurse Practitioners. *J. Nurse Pract.*, v. 9, n. 8, p. 492-500, Sep. 2013. Disponível em: <[http://www.npjjournal.org/article/S1555-4155\(13\)00410-8/fulltext](http://www.npjjournal.org/article/S1555-4155(13)00410-8/fulltext)>. Acesso em: 30 jul. 2015

THE HEALTH FOUNDATION. *Evidence scan: Measuring safety culture*. Inspiring Improvement. [S.l.:s.n.], 2011. 42p. Disponível em: <<http://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *National Patient Safety Goals (NPSG)*. Joint Commission Perspectives. [S.l.: s.n.], v. 26, n. 2, p. 8, 2006. Disponível em: <http://www.splashcap.com/JCAHO_2006-NPSG-3D.pdf>. Acesso em: 20 mar 2014.

_____. *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais*. 4 ed. 2011. Disponível em: <https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015.

THOMPSON, D. N. et al. A Relational Leadership Perspective on Unit-Level Safety Climate. *J Nurs Adm.*, v. 41, n. 11, p. 479-487, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22033318>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

TURUNEN, H. et al. Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals. *Int J Nurs Pract.*, n. 19, p. 609–617, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24330212>>. Acesso em: 03 out. 2014.

VERSA, G. L. G. S. et al. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. *Texto Contexto-Enferm*, Florianópolis, v. 20 n. 4, p. 796-802, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400020>. Acesso em: 10 jul. 2014.

VETTORI, E. Sistematização de Processos: Criando uma Cultura de Qualidade e Segurança Organizacional. In: HINRICHSEN, S. L. *Qualidade e segurança do paciente: gestão de riscos*. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

VIACAVAL, F. (Coord.) PROADESS – *Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro*: indicadores para monitoramento. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2011. 258p. Relatório final. Disponível em: <http://www.proadess.iciet.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20_com_sumario_atualizadorev%202014.pdf>. Acesso em: 20 set 2015.

VINCENT, C., ADAMS S. T., STANNHOPE, N. (1998), *Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine*. *BMJ.*, v. 316, 1154-1157, 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2564011/>>. Acesso em: 15 set. 2013.

VINCENT, C. *Patient safety*. London: Churchill Livingstone, 2006.

_____. *Segurança do paciente: Orientações para evitar eventos adversos*. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

_____. *The Essentials of Patient Safety*. 2nd ed. London: Wiley-BlackWell, 2011.

VITURI, D. W. et al. Dimensionamento de Enfermagem Hospitalar: Modelo OPAS/OMS. *Texto Contexto Enferm.*, v. 20, n. 3, p. 547-556. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/17.pdf>> Acesso em: 13 maio 2016.

WACHTER, R. M. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320p.

WALLERSTEIN, I. A cultura como campo de batalha ideológico no sistema mundial moderno. In: FEATHERSTONE, M. (org.). *Cultura Global: nacionalismo, globalização e modernidade*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

WANDEL, M. A. Definitions of words germane to evaluation of health care. *NLN Publ.*, n. 15-1611, p. 57-8, 1976.

WEICK, K.E.; SUTCLIFFE, K.M. Book Review Essay Managing the Unexpected: Six Years of HRO – Literature Reviewed. *JCCM*. USA, v.0, n. 0, 9p. 2008. Disponível em: <[http://ccrm.berkeley.edu/pdfs_papers/2.09/JCCM_564_First_Proof\[1\].pdf](http://ccrm.berkeley.edu/pdfs_papers/2.09/JCCM_564_First_Proof[1].pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. *Managing the unexpected: assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco: Jossey-Bass, 2001.

WESTRUM, R. Social factors in safety-critical systems. In: REDMIL, F.; RAJAN, J. (ed). *Human factors in safety critical systems*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1997. p. 233-256.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety*: Final Technical Report. Geneva, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf >. Acesso em: 14 ago. 2015.

_____. *Global patient safety research priorities: Establishing a set of global research priorities with the support of an international expert working group*. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/activities/topic_priority_setting_definitions.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2014.

_____. *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. Geneva, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY – WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. Geneva, 2005. Disponível em: <http://osp.od.nih.gov/sites/default/files/resources/Reporting_Guidelines.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2014.

WU, Y. et al. The impact of nurse working hours on patient safety culture: a cross-national survey including Japan, the United States and Chinese Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Serv Res.*, v. 13, n, 394, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-394.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014

YULE, S.; FLIN, R.; MURDY, A. The role of management and safety climate in preventing risk-taking at work'. *Int. J. Risk Assessment and Management.*, v. 7, n. 2, p.137–151, 2007. Disponível em: <http://www.abdn.ac.uk/iprc/documents/The_role_of_management_and_safety_climate_in_preventing_risktaking_at_work.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

ZHANG, H. Safety culture: a concept in chaos? *Human Factors And Ergonomics Society*. Santa Monica, v. 46, n. 15, p. 1404-8, Sep 2002. Disponível em:

<http://www.aviation.illinois.edu/avimain/papers/research/pub_pdfs/hfes/zhawiegvonshamithf02.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2014.

ZOHAR, D. Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. *J Appl Psychol*, v. 65, n. 1, p. 96-102, 1980. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/15833810_Safety_Climate_in_Industrial_Organizations_Theoretical_and_Applied_Implications>. Acesso em: 15 jun. 2015.

ZWART, D. L. M. et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of "SCOPE". *BMC Fam. Pract.*, v. 12, n. 1, 7 p., Jan. 2011. Disponível em: <<http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-12-117>>. Acesso em: 9 set. 2015.

APÊNDICE A -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**Tema do Estudo:** “Cultura de Segurança do Paciente na Enfermagem Hospitalar”

Eu, abaixo-assinado, _____:

Fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado destina-se a comparar as características da cultura de segurança do paciente da enfermagem no contexto hospitalar brasileiro e português.

Sei que neste estudo está prevista a aplicação de instrumentos de coleta de dados, tendo-me sido explicado em que consistem.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais, e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no Estudo: _____

Data ____/____/____ _____
Assinatura

Nome da Investigadora: _____

Data ____/____/____ _____
Assinatura

e-mail: cintiafassarella@gmail.com

APÊNDICE B - Distribuição das dimensões da cultura de segurança do paciente nos hospitais brasileiro e português

Os números absolutos e relativos, a partir das respostas válidas nos questionários, variaram a cada item devido à opção do participante em não responder a determinados itens. A seguir distribuição dos dados nas 7 dimensões da cultura de segurança do paciente voltadas ao nível da unidade/serviço.

Tabela 11 – Distribuição da dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Trabalho em equipe dentro das unidades	Brasil						Portugal					
	Negativa		Neutra		Positiva		Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(A1) Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	23	11,79	33	16,92	139	71,28	7	1,24	45	7,96	513	90,80
(A3) Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	23	11,86	34	17,53	137	70,62	17	3,02	64	11,39	481	85,59
(A4) Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	9	4,62	30	15,38	156	80,00	35	6,24	88	15,69	438	78,07
(A11) Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	69	35,38	26	13,33	100	51,28	100	17,73	124	21,99	340	60,28
	124	15,92	123	15,79	532	68,29	159	7,06	321	14,25	1772	78,69

Tabela 12 – Distribuição da dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefes” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefes	Brasil						Portugal					
	Negativa		Neutra		Positiva		Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(B1) O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	40	20,51	44	22,56	111	56,92	84	14,84	137	24,20	345	61,95
(B2) O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	23	11,79	28	14,36	144	73,85	49	8,64	115	20,28	403	71,08
(B3r) Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	18	9,23	42	21,54	135	69,23	93	16,43	194	34,28	279	49,29
(B4r) O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	27	13,85	20	10,26	148	75,90	32	5,65	73	12,90	461	81,45
Total	108	13,85	134	17,18	538	68,97	258	11,39	519	22,91	1488	65,70

Tabela 13 – Distribuição da dimensão “Aprendizado organizacional” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Aprendizado organizacional	Brasil						Portugal					
	Negativa		Neutra		Positiva		Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(A6) Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	22	11,28	35	17,95	138	70,77	43	7,60	99	17,49	424	74,91
(A9) Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.	42	21,65	59	30,41	93	47,94	79	14,06	208	37,01	275	48,93
(A13) Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	35	17,95	61	31,28	99	50,77	41	7,26	127	22,48	397	70,27
Total	99	16,95	155	26,54	330	56,51	163	9,63	434	25,63	1096	64,74

Tabela 14 – Distribuição da dimensão “Retorno da informação e comunicação sobre erro” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Retorno da informação e comunicação sobre erro	Brasil						Portugal					
	Negativa		Neutra		Positiva		Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(C1) Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir da notificação de eventos.	83	42,56	61	31,28	51	26,15	89	15,75	210	37,17	266	47,08
(C3) Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	54	27,69	63	32,31	78	40,00	65	11,50	183	32,39	317	56,11
(C5) Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente.	40	20,51	53	27,18	102	52,31	55	9,73	178	31,50	332	58,76
Total	177	30,26	177	30,26	231	39,49	209	12,33	571	33,69	915	53,98

Tabela 15 – Distribuição da dimensão “Abertura da comunicação” no HB e HP – Rio de Janeiro e Porto – 2015.

Abertura da comunicação	Brasil						Portugal					
	Negativa		Neutra		Positiva		Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(C2) Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	12	6,15	29	14,87	154	78,97	29	5,12	149	26,33	388	68,55
(C4) Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	45	23,08	66	33,85	84	43,08	133	23,50	201	35,51	232	40,99
(C6r) Os profissionais tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	23	11,79	67	34,36	105	53,85	47	8,32	190	33,63	328	58,05
Total	80	13,68	162	27,69	343	58,63	209	12,32	540	31,82	948	55,86

Tabela 16 – Distribuição da dimensão “Profissional” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Profissional	Brasil						Portugal					
	Negativa		Neutra		Positiva		Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(A2) Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho.	120	61,54	17	8,72	58	29,74	185	32,86	120	21,31	258	45,83
(A5r) Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	68	35,05	40	20,62	86	44,33	307	54,24	140	24,73	119	21,02
(A7r) Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	102	52,31	32	16,41	61	31,28	37	6,62	123	22,00	399	71,38
(A14r) Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido.	89	45,64	46	23,59	60	30,77	230	40,78	139	24,65	195	34,57
Total	379	48,65	135	17,33	265	34,02	759	33,70	522	23,18	971	43,12

Tabela 17 – Distribuição da dimensão “Respostas não punitivas aos erros” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Respostas não punitiva aos erros	Brasil						Portugal					
	Negativa		Neutra		Positiva		Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(A8r) Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	138	70,77	36	18,46	21	10,77	178	31,50	207	36,64	180	31,86
(A12r) Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	88	45,13	48	24,62	59	30,26	177	31,27	161	28,45	228	40,28
(A16r) Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	96	49,48	46	23,71	52	26,80	323	57,17	180	31,86	62	10,97
Total	322	55,14	130	22,26	132	22,60	678	39,98	548	32,31	470	27,71

A distribuição dos dados das 3 dimensões da cultura de segurança do paciente voltadas ao nível do hospital.

Tabela 18 – Distribuição da dimensão “Suporte da gestão para a segurança do paciente” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Suporte da gestão para a segurança do paciente	Brasil (n=195)						Portugal (n=567)					
	Negativa		Neutra		Positiva		Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(F1) A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	117	60,00	53	27,18	25	12,82	74	13,10	176	31,15	315	55,75
(F8) As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.	121	62,05	47	24,10	27	13,85	76	13,50	200	35,52	287	50,98
(F9r) A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	114	58,46	45	23,08	36	18,46	133	23,58	216	38,30	215	38,12
Total	352	60,17	145	24,79	88	15,04	283	16,73	592	34,99	817	48,29

Tabela 19 – Distribuição da dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Trabalho em equipe entre as unidades	Brasil (n=195)						Portugal (n=567)					
	Negativa		Neutra		Positiva		Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(F4) Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	94	48,21	59	30,26	42	21,54	61	10,80	212	37,52	292	51,68
(F10) As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	92	47,18	63	32,31	40	20,51	39	6,93	203	36,06	321	57,02
(F2r) As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	116	59,49	50	25,64	29	14,87	131	23,27	255	45,29	177	31,44
(F6r) Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.	67	34,36	57	29,23	71	36,41	34	6,02	171	30,27	360	63,72
Total	369	47,31	229	29,36	182	23,33	265	11,75	841	37,28	1150	50,98

Tabela 20 – Distribuição da dimensão “Passagem de plantão/turno e transferências internas” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Passagem de plantão/turno e transferências	Brasil (n=195)						Portugal (n=567)					
	Negativa		Neutra		Positiva		Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(F3r) O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	106	54,36	45	23,08	44	22,56	91	16,16	127	22,56	345	61,28
(F5r) É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	64	32,99	38	19,59	92	47,42	66	11,66	86	15,19	414	73,14
(F7r) Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	114	58,46	42	21,54	39	20,00	66	11,66	169	29,86	331	58,48
(F11r) Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	27	13,85	59	30,26	109	55,90	36	6,37	135	23,89	394	69,73
Total	311	39,92	184	23,62	284	36,46	259	11,46	517	22,88	1484	65,66

A distribuição dos dados das 2 dimensões de cultura voltadas ao aspectos gerais de segurança do paciente.

Tabela 21 – Distribuição da dimensão “Frequência eventos notificados” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Frequência eventos notificados	Brasil (n=195)						Portugal (n=567)					
	Negativa		Neutra		Positiva		Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(D1) Quando ocorre erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	96	49,23	46	23,59	53	27,18	254	44,88	154	27,21	158	27,92
(D2) Quando ocorre erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	87	44,62	55	28,21	53	27,18	244	43,03	192	33,86	133	23,10
(D3) Quando ocorre erro que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	76	38,97	56	28,72	63	32,31	179	31,63	171	30,21	216	38,16
Total	259	44,27	157	26,84	169	28,89	677	39,85	517	30,43	505	29,72

Tabela 22 – Distribuição da dimensão “Percepção geral da Segurança do Paciente” no HB e HP – Porto e Rio de Janeiro – 2016.

Percepção geral da Segurança do Paciente	Brasil (n=195)						Portugal (n=567)					
	Negativa		Neutra		Positiva		Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(A15) A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	124	63,59	35	17,95	36	18,46	144	25,53	119	21,10	301	53,37
(A18) Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	89	45,64	34	17,44	72	36,92	71	12,54	181	31,98	314	55,48
(A10r) É apenas por acaso que erros não acontecem por aqui.	42	21,54	42	21,54	111	56,92	74	13,07	139	24,56	353	62,37
(A17r) Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	109	55,90	28	14,36	58	29,74	124	22,10	133	23,71	304	54,19
Total	364	46,67	139	17,82	277	35,51	413	18,30	572	25,34	1272	56,36

ANEXO A - Autorização para Uso do Questionário do HSOPSC, Versão Portuguesa**Margarida Eiras**

18:38 (21 horas atrás) ☆



para ana, mim ▾

Boa tarde Drª Cintia Fassarella

Em primeiro lugar os meus parabéns por ter escolhido um tema tão interessante para a sua tese de doutoramento e um trabalho a decorrer em duas instituições hospitalares em dois países de língua portuguesa.

Junto o questionário para facilitar e estou disponível para o que considerar necessário. Gostava que me fosse pondo ao corrente dos resultados do seu estudo.

Desejo-lhe os maiores sucessos académicos e profissionais.
Com os melhores cumprimentos,
Margarida Eiras

MARGARIDA EIRAS, PhD

Departamento CTRBS

ANEXO B - Autorização para Uso do Questionário do HSOPSC, Versão Brasileira**Claudia Tartaglia**

📧 17 de jan (6 dias atrás) ☆

para mim ▾

Prezada Cíntia,

Inicialmente gostaria de parabenizá-la pelo doutoramento e desejar-lhe sorte e sucesso em seu projeto!

O questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture de autoria da AHRQ foi por mim adaptado e validado, e esse foi objeto de minha tese finalizada em abril de 2013. O uso do questionário por mim adaptado está disponível para ser livremente utilizado, com autorização da AHRQ e disponibilizado no site do PROQUALIS <http://proqualis.net/>.

De qualquer forma, envio-lhe em anexo o instrumento em sua última versão, e alguns outros documentos que utilizei para tratar os dados sobre cultura de segurança. Espero que esses lhe sejam úteis.

Abraços, Cláudia

ANEXO C - Versão Original do HSOPSC

Hospital Survey on Patient Safety

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.

If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you may leave your answer blank.

- 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? Select ONE answer.

- a. Many different hospital units/No specific unit
- b. Medicine (non-surgical) h. Psychiatry/mental health n. Other, please specify:
- c. Surgery i. Rehabilitation
- d. Obstetrics j. Pharmacy
- e. Pediatrics k. Laboratory
- f. Emergency department l. Radiology
- g. Intensive care unit (any type) m. Anesthesiology

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit.

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. People support one another in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. We have enough staff to handle the workload.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. In this unit, people treat each other with respect	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
Think about your hospital work area/unit...					
6. We are actively doing things to improve patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Staff feel like their mistakes are held against them	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Mistakes have led to positive changes here	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. When one area in this unit gets really busy, others help out	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. We have patient safety problems in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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.

	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	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION C: Communications

How often do the following things happen in your work area/unit?

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

SECTION D: Frequency of Events Reported

In your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, how often are they reported?

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

SECTION E: Patient Safety Grade

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
Think about your hospital...					
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hospital units do not coordinate well with each other.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Things "fall between the cracks" when transferring patients from one unit to another	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION F: Your Hospital (continued)

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
5. Important patient care information is often lost during shift changes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hospital units work well together to provide the best care for patients	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Shift changes are problematic for patients in this hospital.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION G: Number of Events Reported

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. No event reports | <input type="checkbox"/> d. 6 to 10 event reports |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 2 event reports | <input type="checkbox"/> e. 11 to 20 event reports |
| <input type="checkbox"/> c. 3 to 5 event reports | <input type="checkbox"/> f. 21 event reports or more |

SECTION H: Background Information

This information will help in the analysis of the survey results.

1. How long have you worked in this hospital?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 20 hours per week | <input type="checkbox"/> d. 60 to 79 hours per week |
| <input type="checkbox"/> b. 20 to 39 hours per week | <input type="checkbox"/> e. 80 to 99 hours per week |
| <input type="checkbox"/> c. 40 to 59 hours per week | <input type="checkbox"/> f. 100 hours per week or more |

SECTION H: Background Information (continued)

4. What is your staff position in this hospital? Select ONE answer that best describes your staff position.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Registered Nurse | <input type="checkbox"/> j. Respiratory Therapist |
| <input type="checkbox"/> b. Physician Assistant/Nurse Practitioner | <input type="checkbox"/> k. Physical, Occupational, or Speech Therapist |
| <input type="checkbox"/> c. LVN/LPN | <input type="checkbox"/> l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology) |
| <input type="checkbox"/> d. Patient Care Asst/Hospital Aide/Care Partner | <input type="checkbox"/> m. Administration/Management |
| <input type="checkbox"/> e. Attending/Staff Physician | <input type="checkbox"/> n. Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> f. Resident Physician/Physician in Training | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 300px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> g. Pharmacist | |
| <input type="checkbox"/> h. Dietician | |
| <input type="checkbox"/> i. Unit Assistant/Clerk/Secretary | |

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?


- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years | <input type="checkbox"/> 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 D - Versão Portuguesa do HSOPSC

 427 54	<h2 style="margin: 0;">Questionário hospitalar sobre política de segurança do doente</h2>					
<p>A segurança do doente é uma preocupação crescente nos Hospitais Portugueses, tal como acontece noutros países da Europa e do resto do mundo. Com este questionário pretendemos conhecer a sua opinião acerca da segurança do doente, o erro clínico e a notificação de eventos/ocorrências do Hospital onde trabalha. Com a sua participação irá contribuir para um estudo desenvolvido em colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública sobre Segurança do Doente.</p> <p>Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos apenas que expresse a sua opinião no momento. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato.</p>						
<p>Um "evento/ocorrência" é definido como qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente.</p> <p>A "segurança do doente" é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.</p>						
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO	Este questionário vai ser submetido a leitura óptica. Por favor use tinta preta ou azul. Leia atentamente a escala de resposta e preencha apenas uma					
Preencha <input type="radio"/> assim <input checked="" type="radio"/> assim não						
Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder. Considere o Serviço/unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha habitualmente.						
SECÇÃO A: O seu Serviço/unidade de trabalho						
Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do Serviço/unidade onde trabalha. Utilize para isso a escala indicada:						
1 - Discordo fortemente	4 - Concordo					
2 - Discordo	5 - Concordo fortemente					
3 - Não concordo nem discordo						
	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
1. Neste Serviço/unidade os profissionais ajudam-se	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
3. Quando é necessário efectuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
4. Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
6. Estamos a trabalhar activamente para uma melhoria da segurança do doente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
9. Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
12. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
14. Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
16. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
17. Neste Serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					



42754

SECÇÃO B: O seu superior hierárquico

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu superior hierárquico. Utilize para isso a escala indicada:

- 1 - Discordo fortemente 4 - Concordo
2 - Discordo 5 - Concordo fortemente
3 - Não concordo nem discordo

	1	2	3	4	5
1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO C: Comunicações

Com que frequência acontece este tipo de situações no Serviço/unidade onde trabalha?

Para responder utilize a escala indicada:

- 1 - Nunca 4 - A maioria das vezes
2 - Raramente 5 - Sempre
3 - Por vezes

	1	2	3	4	5
1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efectuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente os cuidados para com o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e acções dos superiores hierárquicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO D: Frequência da notificação de eventos/ocorrências

No Serviço/unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, quantas vezes são notificados?

Para responder utilize a escala indicada:

- 1 - Nunca 4 - A maioria das vezes
2 - Raramente 5 - Sempre
3 - Por vezes

	1	2	3	4	5
1. Quando ocorre um evento/ocorrência, <u>mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente</u> , com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Quando ocorre um evento/ocorrência, <u>mas não tem perigo potencial para o doente</u> , com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quando ocorre um evento/ocorrência, <u>que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece</u> , com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



42754

SECÇÃO E: Grau de segurança do doente

Por favor atribua ao seu Serviço/unidade de trabalho neste Hospital, um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas uma resposta)



Excelente



Muito Bom



Aceitável



Fraco



Muito Fraco

SECÇÃO F: O seu Hospital

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu Hospital. Utilize para isso a escala indicada:

1 - Discordo fortemente

4 - Concordo

2 - Discordo

5 - Concordo fortemente

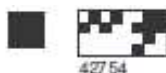
3 - Não concordo nem discordo

	1	2	3	4	5
1. A Direcção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. As acções da Direcção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. A Direcção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO G: Número de eventos/ocorrências notificadas

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências preencheu e entregou? (Escolha apenas UMA resposta)

- Nenhum
- 1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências
- 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências
- 6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências
- 11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências
- 21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências



427 54

SECÇÃO II: Identificação

1 - Sexo:

Feminino Masculino

2 - Idade:

< 30 anos 30 a 34 anos 35 a 39 anos 40 a 44 anos 45 ou mais anos

3 - Alguma vez tinha respondido a este questionário? Sim Não

4 - O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado? Sim Não

5 - Profissão:

- médico
- técnico de diagnóstico e terapêutica
- técnico superior
- enfermeiro
- auxiliar de ação médica
- administrativo
- outro **Qual?** _____

6 - Experiência no serviço/unidade:

- < 6 meses
- 6 a 11 meses
- 1 a 2 anos
- 3 a 7 anos
- 8 a 12 anos
- 13 a 20 anos
- 21 ou mais anos

5 - Identificação da Instituição:

- H Magalhães Lemos
- H Santa Maria
- H Santo António
- IPO Coimbra
- Mat Alfredo da Costa
- Outro **Qual?** _____

7 - Experiência na Instituição:

< 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 7 anos 8 a 12 anos 13 a 20 anos 21 ou mais anos

Por favor deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do seu Hospital.

Muito obrigado pela sua participação!

ANEXO E - Versão Brasileira do HSOPSC

Questionário sobre Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Hospital

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

Definições: Um "*Evento*" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.
 "*Segurança do paciente*" é definida com capacidade de evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.

Instruções de preenchimento:

- Não existem repostas certas nem erradas. Solicitamos apenas que expresse a sua opinião, sendo que a mesma é facultativa.
- Os dados deste questionário serão tratados com confidencialidade e serão usados apenas no âmbito deste estudo, sendo sempre divulgados de forma anônima.
- Leia atentamente a escala de resposta e marque somente uma resposta.

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

Qual é a sua principal área ou unidade de trabalho neste hospital? _____

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

unidade ajudam					
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECÃO B: O seu supervisor/chefe

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECÃO C: Comunicação

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

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

SECÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SECÃO E: Nota da segurança do paciente

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

Excelente Muito Boa Regular Ruim Muito Ruim

SECÃO F: O seu hospital

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

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

SECÃO G: Número de eventos notificados

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

- Nenhuma notificação
 1 a 2 notificações
 3 a 5 notificações
 6 a 10 notificações

- 11 a 20 notificações
 21 ou mais notificações

SECCÃO H: Identificação

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

1. Sexo

- Feminino Masculino

2. Qual a sua idade? _____ anos.

3. A unidade/serviço onde trabalha é acreditado/certificado? Sim Não

4. Desempenha função no Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente? Sim Não

5. Experiência na profissão?	6. Experiência na Instituição	7. Experiência na área/unidade de trabalho:
<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> < 6 meses
<input type="checkbox"/> 6 a 11 meses	<input type="checkbox"/> 6 a 11 meses	<input type="checkbox"/> 6 a 11 meses
<input type="checkbox"/> 1 a 2 anos	<input type="checkbox"/> 1 a 2 anos	<input type="checkbox"/> 1 a 2 anos
<input type="checkbox"/> 3 a 7 anos	<input type="checkbox"/> 3 a 7 anos	<input type="checkbox"/> 3 a 7 anos
<input type="checkbox"/> 8 a 12 anos	<input type="checkbox"/> 8 a 12 anos	<input type="checkbox"/> 8 a 12 anos
<input type="checkbox"/> 13 a 20 anos	<input type="checkbox"/> 13 a 20 anos	<input type="checkbox"/> 13 a 20 anos
<input type="checkbox"/> 21 ou mais anos	<input type="checkbox"/> 21 ou mais anos	<input type="checkbox"/> 21 ou mais anos

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

- Menos de 20 horas por semana
 20 a 39 horas por semana
 40 a 59 horas por semana
 60 a 79 horas por semana
 80 a 99 horas por semana
 100 horas por semana ou mais

9. Qual o seu grau de instrução:

- Primeiro grau (Ensino Fundamental) Incompleto
 Primeiro grau (Ensino Fundamental) Completo
 Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto
 Segundo grau (Ensino Médio) Completo
 Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo
 Pós-graduação (Nível Especialização)
 Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)

10. No âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão, usualmente interage ou tem contato direto com pacientes?


- SIM, usualmente interajo ou contato diretamente com pacientes
 NÃO, usualmente não interajo ou contato diretamente com pacientes

11. Por favor, deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do seu Hospital:

Comentários:

Muito obrigada pela sua participação!

ANEXO F - Aprovação da Comissão de Ética para a Saúde – Portugal



**centro hospitalar
do Porto**

Hospital Santo António | Hospital Maria Pia | Maternidade Júlio Dinis | Hospital Joaquim Urbano

Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 PORTO
www.hgsa.pt

Exmo.(a) Sr.(a)
Enf.^a Cíntia Fassarella
R. do Campo Alegre, n.º 695 - quarto 204
4150-179 Porto

ASSUNTO: Trabalho Académico - Doutoramento - “A cultura de segurança do paciente na enfermagem nos Programas de Segurança do Paciente” - N/ REF.º 2014.032(024-DEFI/031-CES)

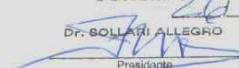
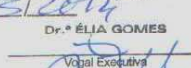
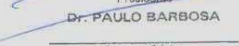
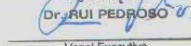
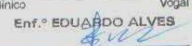
O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no(s) Departamento da Qualidade, sendo Investigador(a) Principal, o(a) aluno(a) de doutoramento do ICBAS, Enf.^a Cíntia Fassarella.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde e pelo Gabinete Coordenador de Investigação do CHP, bem como pela Direção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

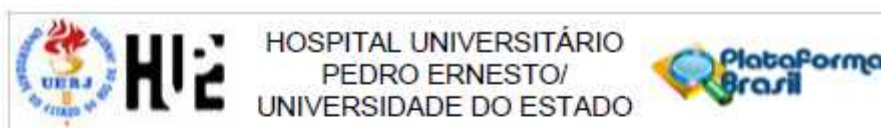
Autenticado

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

 Dr. SOLLATI ALLEGRO Presidente	 Dr.º ÉLIA GOMES Vogal Executiva
 Dr. PAULO BARBOSA Director Clínico	 Dr. RUI PEDROSO Vogal Executivo
 Enf.º EDUARDO ALVES Enfermeiro Director	

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.º.

ANEXO G - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - Brasil



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ENFERMAGEM HOSPITALAR

Pesquisador: Cintia Fassarella

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35539514.8.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 791.330

Data da Relatoria: 10/09/2014

Apresentação do Projeto:

Este projeto de doutorado tem como objeto a cultura de segurança, da enfermagem, hospitalar e sua correlação com indicadores nos programas institucionais de segurança do paciente e será desenvolvido no Brasil e em Portugal. Se divide em duas partes: estudo exploratório com abordagem qualitativa e estudo transversal com abordagem quantitativa. Estudo misto, cujos participantes serão enfermeiros, enfermeiros chefes dos setores e interlocutores responsáveis pela gestão de risco, parte de Portugal e parte do Brasil. Os instrumentos serão questionários, roteiro de entrevista e formulário. As análises dos dados serão quantitativas com auxílio do programa estatístico SPSS 21.0, e qualitativas por análise de conteúdo. Este estudo por envolver seres humanos em pesquisa respeitará os aspectos éticos em ambos os países.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas. 2. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes. 3. O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

RIO DE JANEIRO, 15 de Setembro de 2014

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador)