



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANA CLÁUDIA DE AZEVÊDO BIÃO E SILVA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

**SALVADOR
2016**

ANA CLÁUDIA DE AZEVÊDO BIÃO E SILVA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de Pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa

**SALVADOR
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

S586 Silva, Ana Cláudia de Azevêdo Bião e,
Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar / Ana
Cláudia de Azevêdo Bião e Silva. - Salvador, 2016.
111 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Salvador,
2016.

Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.
Linha de pesquisa: Organização e avaliação dos Sistemas de cuidados
à Saúde.

1. Cultura. 2. Cultura Organizacional. 3. Hospitais. 4. Segurança do
paciente. 5. Enfermagem. I. Santa Rosa, Darci de Oliveira. II.
Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083

ANA CLÁUDIA DE AZEVÊDO BIÃO E SILVA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Escola de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 27 de abril de 2016.

Darci de Oliveira Santa Rosa – Orientadora *Darci de Oliveira Santa Rosa*
Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Universidade Federal da Bahia

Maria Lúcia Silva Servo *Maria Lucia Silva Servo*
Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo
Universidade Estadual de Feira de Santana

Cátia Maria Costa Romano *Cátia Maria Costa Romano*
Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Mato Grosso
Universidade Federal da Bahia

Marluce Alves Nunes Oliveira *Marluce Alves Nunes Oliveira*
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Estadual de Feira de Santana

A meu Filho Mario Wilson Nou Falcão Filho, razão de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sobre todas as coisas, pelo dom da vida e pela fonte de luz e força diante das dificuldades e vitórias.

Ao meu filho Mariozinho, pelo seu amor, amizade, exemplo, companheirismo e apoio em todas as horas, e por compreender as minhas necessidades de ausência física, e acreditar que meu coração sempre esteve e está presente em cada uma de suas experiências vividas.

À Wilson da Costa Falcão Filho e Marta Maria Nou Falcão, ex/eternos sogros, meus grandes alicerces, pois “não é a carne e o sangue que nos une, e sim o coração que nos faz pais e filhos” (Fiedrich Schiller).

À minha avó, Alaíde de Azevêdo Bião (*in memoriam*), pelo exemplo de mulher de força, conhecimento e sabedoria, pelo seu cuidado, pela educação que me deu, por sempre rezar por mim e me abençoar.

Ao meu avô, Joel Vieira Bião (*in memoriam*), pelos seus mimos, por brincar comigo e tomar minha tabuada todos os dias, quando eu ainda era uma menina.

À minha dinda, Maria da Glória Moreira da Silva (*in memoriam*), por ter sido uma madrinha de verdade, por me amar como filha, pelo colo acalentador insubstituível, por tornar tudo sempre mais leve e engraçado.

À minha família, por ter me oferecido as melhores condições de saúde e ensino, afinal, sem este alicerce sólido eu não teria chegado até aqui.

À minha eterna amiga-irmã, Mirella Almeida Rigo, que mesmo distante geograficamente, está sempre presente.

À minha mais nova filha adotiva, Gatinha Menina Sagwa, que surgiu quando eu precisava de uma mão, aí veio a vida e me deu uma pata, ou melhor, quatro!

À ex-coordenadora do Programa Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho, pela sua competência, disponibilidade e senso de justiça. Assim como a sua equipe: Samuel e Márcia.

À minha orientadora, Profa. Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa, pelo acolhimento e ensinamentos diretos e indiretos na construção deste estudo, e pelos *insights* diante da vida.

Aos colegas de profissão Monalisa, Iranete, Edenise, Maria do Espírito Santo, Tyciana e Willian, que contribuíram, cada uma de sua forma, em etapas de elaboração deste trabalho.

Aos colegas da EEUFBA, mestrandos e doutorandos, que tive a oportunidade de conviver e aprender junto.

Aos professores, assim como aos colegas já Mestres da minha turma 2013 da UEFS, que não pude conviver em decorrência de decisão racional.

Ao hospital *locus* do estudo, pela confiança e oportunidade, e à sua Gerente de Enfermagem Me. Bárbara Lomanto pela gentileza e por facilitar informações indispensáveis para a pesquisa. Aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que mesmo em seus árduos turnos de trabalho, disponibilizaram tempo para participarem da pesquisa.

Às minhas experiências profissionais, por contribuírem na construção dos meus valores e crenças diante da temática pesquisada.

À revisora deste estudo, Profa. Me. Cida Lopes, por seu profissionalismo e pela grande oportunidade de aprendizado.

Aos pacientes que cruzam, e aos que cruzarão o meu caminho, indistinta e verdadeiramente especiais, meus maiores motivadores, este trabalho foi e continuará sendo em prol de vocês.

Primum non nocere

Hipócrates
(460-377 a.C)

RESUMO

SILVA, Ana Cláudia de Azevêdo Bião e. **Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar**. 111 f. il. 2016. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Este estudo transversal do tipo *survey*, de abordagem quantitativa descreve a cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública localizada na cidade de Feira de Santana-Bahia, A amostra pesquisada foi composta por profissionais de enfermagem. Usou-se como instrumento de coleta de dados o questionário “Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais”. As análises foram conduzidas com os softwares Microsoft Excel 2010 e *Statistical Package for the Social Sciences* 20.0. A organização estudada não apresentou áreas de força e 04, prioritariamente, com potencial de melhoria, fato que inibe a notificação de erros, a oportunidade de aprimoramento da equipe e a promoção de assistência segura à saúde. Conclui-se que a organização possui uma cultura de segurança fragilizada, de caráter punitivo. Acena-se o uso de questionários para verificar a cultura de segurança do paciente nas organizações e avaliar os resultados obtidos após a implantação de ações de melhoria e partilha de responsabilidades entre os envolvidos no cuidado.

Palavras-chave: Cultura. Cultura Organizacional. Hospitais. Segurança do paciente. Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Ana Cláudia de Azevêdo Bião e. **Patient safety culture in hospital organization.** 111 f. il. 2016. Dissertation (Master's degree) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

This cross-sectional survey study, using a quantitative approach, describes the patient safety culture of a hospital organization located in the city Feira de Santana, Bahia. The studied sample was made up of nursing professionals. The questionnaire “*Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais*” (Survey on Patient Safety in Hospitals) was used as data collection tool. Data analyses were conducted using the Microsoft Excel 2010 and the Statistical Package for the Social Sciences 20.0. The studied organization did not present strength areas and four areas, primarily, showed a potential for improvement, which inhibits the notification of errors, the opportunity of qualifying the team and promotion of safe health care. This organization showed a weak safety culture, with a punitive character. The use of questionnaires is suggested to verify the patient safety culture of organizations and assess the results obtained after improvement actions are implemented and responsibilities are shared among those involved in the delivery of care.

Keywords: Culture. Organizational culture. Hospital. Patient safety. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	Agency Healthcare Research and Quality
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIPNSP	Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
CISP	Classificação Internacional de Segurança do Paciente
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EA	Evento Adverso
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EUA	Estados Unidos da América
EXERCE	Grupo de Pesquisas sobre Educação, Ética e Exercício da Enfermagem
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
HSOPSC	Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NUPED	Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde
SCTIE/MS	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Ministério

	da Saúde
SGTES/MS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Ministério da Saúde – Ministério da Saúde
SE/MS	Secretaria-Executiva – Ministério da Saúde
SENADEN	Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ANTROPOLOGIA CULTURAL E CONCEPÇÕES DE CULTURA	19
2.1.1	Cultura organizacional	21
2.1.2	Cultura de segurança	22
2.1.3	Cultura de segurança do paciente	24
2.2	O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)	32
3	METODOLOGIA	38
3.1	TIPO DE ESTUDO	38
3.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	38
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	39
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	39
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	40
3.6	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	41
3.7	COLETA E ARMAZENAMENTO DOS DADOS	49
3.8	ANÁLISE DOS DADOS	50
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1	ARTIGO 1	53
4.2	ARTIGO 2	68
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICES	97
	ANEXOS	103

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como temática a cultura de segurança do paciente, e como referencial teórico-filosófico a Antropologia Cultural. São apresentados como fio condutor os conceitos de cultura, cultura organizacional, cultura de segurança, cultura de segurança do paciente e seus aspectos históricos. Emergiu do caminhar da pesquisadora e foi motivada pelas experiências vivenciadas em sua trajetória profissional, prioritariamente no ambiente hospitalar. Destacam-se três momentos mais significativos.

O primeiro momento, em dezembro de 2000, após a colação de grau de enfermeira, durante processo seletivo para estágio voluntário em clínica de hemodiálise, a pesquisadora recebeu o seguinte questionamento: “Para você, em saúde, errar é humano? Ou humano é não errar? ”. Tal interrogativa a marcou profundamente, pois acreditava que, em saúde, humano era não errar, ou seja, que os profissionais deveriam possuir uma prática livre de quaisquer erros.

No segundo momento, entre 2002 e 2003, quando já atuava em serviço hospitalar de médio porte e caráter privado, foi admitida em outro serviço hospitalar especializado de médio porte e caráter público, então uma colega lhe disse: “Espero que você seja lá a mesma enfermeira que é aqui”. Assustada, questionou: “Por que atuaria de modo diferente num hospital do Sistema Único de Saúde (SUS)? Por que não prestaria uma assistência segura e comprometida?”. Como ainda não tinha noção dos impactos das culturas organizacionais na práxis, esta reflexão permeou sua vida profissional em prol da prestação de assistência qualificada, segura, com integralidade, equidade e universalidade, indistintamente.

Por fim, entre 2007 e 2008, atuou na preceptoria de enfermagem e coordenação de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva em hospital militar de médio porte do Governo de Angola, na África, com objetivo de identificar o *modus operandi* local e a cultura organizacional vigente a fim de promover mudança cultural relacionada às práticas assistenciais. A implementação contínua e paulatina de novos valores referentes à humanização e à segurança do paciente no contexto dos processos de trabalho era o foco do trabalho, sendo possível, a cada mês, observar pequenas transformações de atitudes já arraigadas nos profissionais daquela equipe.

Atrelada a estas experiências, dentre outras, incomodava-se com a divulgação crescente nas mídias nacionais e internacionais sobre iatrogenias e erros na assistência. Foi quando em 2012, ingressou no Grupo de Pesquisas sobre Educação, Ética e Exercício da

Enfermagem (EXERCE) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde as diversas pesquisas relacionadas aos aspectos éticos, situações de cuidados e práticas profissionais discutidas coletivamente, a motivou por refletir sobre segurança do paciente, levando-a a apresentação de trabalhos como autora principal - “Segurança do paciente e ensino em enfermagem: possibilidades estratégicas de formação do graduando” e “Tecnologias de informação e comunicação: ferramenta de enfermagem para segurança do paciente” -, e como segunda autora da comunicação oral “Capacitação sobre gerenciamento da dor: estratégia para segurança do paciente” no 14º Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem (SENADEN).

Desde modo, por já compreender que a cultura organizacional se relaciona diretamente com os resultados e a qualidade da assistência prestada, decidiu por estudar a cultura de segurança do paciente em organização hospitalar.

O hospital e demais serviços de saúde têm como objetivo a defesa da vida, desde a manutenção e recuperação da saúde até a morte digna, oferecendo como fundamento a qualidade dos serviços prestados, ou seja, o alcance dos “[...] maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o usuário, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes”, por meio da eficácia compreendida como “[...] o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente”, e da efetividade - “o grau em que o cuidado [...] alça o nível de melhoria da saúde, cujos estudos de eficácia tenham estabelecido como alcançáveis” (KURCGANT; MASSAROLLO, 2012, p. 26).

Portanto, conforme D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006), o hospital dentre outros serviços de saúde, baseiam-se em um conjunto de indicadores organizacionais para prestar atendimento qualificado em saúde:

- Indicadores estruturais: recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, sistemas de informação, instruções normativas e apoio político;
- Indicadores de processo: prestação da assistência conforme protocolos validados cientificamente, com recursos suficientes e adequados, identificação de problemas, diagnóstico e assistência prestada;
- Indicadores de resultado: mudanças verificadas na condição de saúde dos pacientes, assim como relacionadas a conhecimentos e comportamentos, satisfação do usuário e do profissional de saúde relacionada ao cuidado recebido e prestado, respectivamente.

Em termos de produção de saúde, isto é, aquilo que “[...] nos permite ampliar e modificar o trabalho na saúde na medida em que não se trata apenas de tratamento, reabilitação e prevenção, mas de produção de possibilidades de vida” (BERNARDES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010, p. 11), a práxis dos profissionais de saúde constitui-se em espaços de encontro e reflexão acerca dos processos assistenciais nos vários âmbitos e ambientes nos quais se desenvolvem. Assim sendo, “[...] receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo” (ANVISA, 2013, p. 13).

Então, na prática, os profissionais de saúde assumem a responsabilidade frente à recuperação e preservação da vida e do bem-estar do paciente. Para tal é preciso fazer uso de inúmeros recursos e padronizações no processo de trabalho e nos procedimentos executados para prestar assistência de forma integral e sistematizada, em prol de resultados satisfatórios e minimização dos riscos, isto é, da chance de ocorrência de erros por diversos fatores, erros estes considerados atos não intencionais representados pela não realização da ação conforme planejado ou planejado erroneamente, podendo causar incidentes, ou seja, evento ou circunstância sem danos ou até mesmo eventos adversos (quando houve dano desnecessário ao paciente), entendidos como atos decorrentes da assistência não relacionados à evolução natural da doença de base, muitas vezes irreparáveis, ao paciente. (CLINCO, 2007)

Constata-se que a assistência à saúde perpassa, nos tempos atuais, não apenas pelos aspectos técnico-científicos como também por um conjunto de dimensões que são explicitadas pela cultura organizacional de cada serviço de saúde, especificamente, de cada organização hospitalar.

Conforme a Portaria nº 30-Bsb de 11 de fevereiro de 1977, entende-se por organização hospitalar, ou hospital:

[...] parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (BRASIL, 1977, p. 9).

Assim, os hospitais são considerados, entre outras, uma das organizações mais complexas existentes, cujo funcionamento se dá através da interação entre cada setor envolvido e a necessidade de harmonizar os processos operacionais para a construção do

produto final almejado, ou seja, ações que promovam, com responsabilidade, qualidade e segurança no atendimento ao paciente que procurou o serviço em busca de bem-estar e saúde. A conjunção simultânea de fatores técnicos, operacionais e ambientais, associadas ao potencial humano, tem por objetivo encontrar as melhores práticas para o pronto restabelecimento do paciente e seu mais breve retorno à família e à sociedade. (MARX, 2003)

Deste modo, para conduzir a pesquisa proposta, partiu-se do entendimento de cultura, conforme Gomes (2008, p. 36), significa “[...] o modo próprio de ser do homem em coletividade, em parte inconsciente, constituindo um sistema mais ou menos coerente de pensar, agir, fazer, relacionar-se, posicionar-se [...] e enfim, reproduzir-se.”

Corroborando com Pires e Macêdo (2006, p. 88), o conceito de cultura de uma organização é apresentado como:

[...] um conjunto de características que a diferencia em relação a qualquer outra. A cultura assume o papel de legitimadora dos sistemas de valores, expressos através de rituais, mitos hábitos e crenças comuns aos membros de uma organização, que assim produzem normas de comportamento genericamente aceitas por todos.

A partir desta perspectiva, o tema segurança do paciente torna-se foco de pesquisadores, assumindo uma dimensão fundamental para qualidade em saúde. Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) ao reconhecer a magnitude do fenômeno globalmente. (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Em estudo bibliométrico realizado por Camargo Tobias et al. (2014) sobre o tema cultura de segurança do paciente em instituições de saúde, na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) em 2012, os autores encontraram 106 publicações. Destas, apenas 09 (8,5%) abordaram especificamente o tema, 09 (8,5%) haviam sido escritas em português, 10 (9,4%) tiveram o Brasil como país de origem e apenas 02 (1,9%) eram teses. As demais publicações estavam em forma de artigos originais, revisões e editorial. Os autores expõem que o predomínio das publicações norte-americanas, num total de 54 (50,9%), é decorrente do grande investimento em pesquisas, em oposição à escassez de publicações brasileiras sobre segurança do paciente. Este fato justifica a necessidade de investimento em pesquisas nacionais sobre esta temática.

Em levantamento realizado em 2013 no banco de teses/dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) sobre cultura de segurança do paciente, identificou-se 05 dissertações defendidas entre os anos de 2007 e 2012 e 03 teses

defendidas no período de 2012 a 2013, regionalizados em Programas de Pós-graduação *stricto sensu* do Sul e Sudeste.

Ao realizar busca também nas páginas da web dos Programas de Pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem reconhecidos pelo Sistema Nacional de Pós-graduação (SNPG), observou-se que dos 67 programas existentes, apenas 17 programas possuem pesquisas relacionadas ao tema, publicadas nos seus repositórios de teses e dissertações e/ou no banco de teses/dissertações da CAPES.

No total foram encontrados 41 trabalhos, contudo 05 não estavam disponíveis on-line. Entre as 36 pesquisas restantes, apenas 18 tratam diretamente sobre cultura de segurança do paciente, sendo 07 dissertações de mestrado acadêmico e/ou profissional e 02 teses defendidas em programas localizados na região Sul; 04 dissertações de mestrado acadêmico e/ou profissional e 04 teses defendidas em programas da região Sudeste, e apenas 01 dissertação oriunda de programa situado na região Nordeste.

Vale ressaltar que destas 18 dissertações e teses, apenas 09 foram publicadas em forma de artigo científico disponíveis na web em abril de 2015, sendo 04 dissertações e 01 tese da região Sul e 04 teses da região Sudeste.

Destaca-se, ainda, que no Programa de Pós-graduação em Enfermagem *stricto sensu* da Universidade Federal da Bahia foram concluídas 04 dissertações relacionadas à temática da segurança, a saber: “Segurança emocional do idoso mutilado” (CORDEIRO, 1988); “Segurança ocupacional da equipe de enfermagem no preparo de citostáticos endovenosos - estudo em hospitais de Recife-PE” (ALMEIDA, 1996); “Avaliação das práticas de biossegurança de enfermagem no cuidado aos pacientes portadores de HTLV/HIV” (FERES, 2003); “Biossegurança dos profissionais que manipulam o lixo: medidas adotadas pelos gerentes de instituições de saúde” (D’EL REY, 2003) e “Construção, validação e normatização da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos – EPEA” (LOBÃO, 2012).

Diante destes achados, considera-se a necessidade de maior envolvimento e produção de conhecimento nos Programas de Pós-graduação em Enfermagem brasileira, principalmente das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sobre uma temática relevante, que é a cultura de segurança do paciente.

Portanto, realizar pesquisas deve ser prioritário para as pesquisas em Enfermagem e em Saúde que produzam mais evidências científicas e fundamentos teóricos que instrumentalizem os gestores dos serviços de saúde no desenvolvimento de estratégias em prol do aprendizado organizacional participativo e da promoção de melhoria contínua das

práticas assistenciais, bem como prevenção de eventos adversos a fim de oferecer um cuidado de qualidade e que garanta a segurança do paciente.

Logo, destaca-se a relevância da pesquisa no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, onde a cultura de segurança do paciente ainda não tinha sido realizada.

Portanto, investigar a cultura organizacional faz-se necessário para demonstrar aspectos desta identidade. Para descrever a cultura de uma organização frente a uma dimensão, neste caso a segurança do paciente, é indicado investigar a relação com o ambiente, as regras de comportamento reveladas pelos participantes da pesquisa ou descobertas pelo pesquisador, assim como a natureza do homem, de suas atividades e inter-relações com demais membros do grupo estudado. (FLEURY; FISCHER, 2006)

Deste modo, foi definido como objeto deste estudo a cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública localizada na cidade de Feira de Santana-Bahia.

Logo, para coletar informação sobre o propósito de fenômenos humanos, o pesquisador pode, segundo a natureza do fenômeno e a de suas preocupações, informar-se ao interrogar pessoas que os conhecem (LAVILLE; DIONNE, 1999). Na pesquisa efetuada o fenômeno foi o objeto de investigação.

Partiu-se da seguinte questão de pesquisa: “Qual a cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública localizada na cidade de Feira de Santana - Bahia?”, e estabeleceu-se como objetivo descrever a cultura de segurança do paciente desta organização.

Com os resultados da pesquisa, espera-se contribuir com o conhecimento da temática, para a melhoria dos processos de formação e de capacitação dos profissionais de saúde, para a qualidade da assistência e também para o gerenciamento hospitalar. Assim, pretende-se instrumentalizar os profissionais para a consolidação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e subsidiar à pesquisadora futura pesquisa de doutorado, já que se notou a ausência de estudos referentes à mudança de cultura nas organizações após o diagnóstico, e fomentar o pensamento colaborativo coletivo a favor das melhorias necessárias à segurança do paciente, o que possibilitará o *benchmarking* entre as organizações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ANTROPOLOGIA CULTURAL E CONCEPÇÕES SOBRE CULTURA

Para investigar a cultura de segurança do paciente em organização hospitalar escolheu-se como referencial teórico-filosófico a Antropologia, especificamente a Antropologia Cultural, também chamada de Etnologia. (ULLMANN, 1991)

A Antropologia em seu sentido etimológico significa estudo ou ciência do homem, pois *anthropos* significa homem e *logia*, estudo, ciência. Em grego, o sufixo *logia* quer dizer ciência e *logos*, palavra. Sendo assim, em sentido real ou restrito, a Antropologia, como ciência humanística, pode ser entendida como a palavra sobre o homem ou palavra do homem sobre si mesmo, constituindo assim, o estudo e o conhecimento sistemático do homem e de seu conjunto de conhecimentos, enxergando-o como um todo de modo concatenado e harmônico. A Antropologia tem como seu objeto material de estudo o homem e seu objeto formal diz respeito ao ângulo que este é estudado, ou seja, sob o ponto de vista físico, cultural, social e filosófico. (ULLMANN, 1991)

A Antropologia, como uma ciência que estuda o homem em seu aspecto humanístico, possui subdivisões conforme o aspecto específico de investigação. Para Barrio (2007, p. 20):

[...] uma antropologia se ocupará do pólo natural (antropologia física) e outra do sociocultural-simbólico (antropologia cultural ou etnologia). Naturalmente que a estas duas divisões empíricas do saber sobre o homem deve-se somar a especulativa, própria da antropologia filosófica.

Laplantine (2003, p.95) afirma que a etnologia dispensa “[...] uma atenção muito grande ao funcionamento das instituições do que aos comportamentos dos próprios indivíduos, que são considerados reveladores da cultura a qual pertencem”. Nesta perspectiva, a Antropologia Cultural investiga o social através do comportamento dos membros de um grupo (modo de pensar, trabalhar, reagir diante das situações). São as distintas condutas dos homens pertencentes a uma determinada cultura e suas dimensões temporais, e, sobretudo, espaciais que caracterizam a originalidade de um grupo.

Para Ullmann (1991), a Antropologia Cultural insere o pesquisador no âmago do comportamento, das preocupações e realizações de grupos, e não no das pessoas, especificamente, que os compõem.

A Antropologia Cultural também é conhecida como a Escola da “Cultura e Personalidade”, pois visa:

[...] compreender como os seres humanos incorporam e vivem sua cultura. Para eles, a cultura não existe enquanto realidade “em si”, fora dos indivíduos, mesmo que todas as culturas tenham uma relativa independência em relação aos indivíduos. A questão é elucidar como sua cultura está presente neles, como ela os faz agir, que condutas ela provoca, supondo precisamente que cada cultura determina um certo estilo de comportamento comum ao conjunto de indivíduos que dela participam. Aí está o que faz a unidade de uma cultura e o que a torna específica em relação às outras. Usando outro modo de explicação, a cultura é então encarada com a totalidade e a atenção está sempre centrada nas descontinuidades entre as diferentes culturas (CUCHE, 2002, p. 75).

A palavra cultura possui sua raiz no latim, verbo cultivar: *colere, cultus*. Todos possuem sua própria ideia sobre o que é cultura e de fato o termo possui diversos significados a depender da vertente que é definido. O primeiro deles pode significar erudição, grau de conhecimento, formação intelectual, comportamento e refinamento social assim como a membros das classes socioeconômicas privilegiadas. O segundo significado, relaciona-se às artes e suas manifestações. Como terceiro significado, refere-se aos hábitos e costumes que caracterizam um povo ou uma coletividade. Por fim, diz respeito à identidade de um povo ou coletividade em termos de elementos simbólicos inconscientes por estes compartilhados e que determinam os pensamentos e atitudes dos homens frente à sua realidade, dando sentido à vida social. (ULLMANN, 1991; GOMES, 2008)

Nesta ótica etnológica, infere-se que:

[...] o coletivo funciona por uma lógica semelhante à lógica que prevalece no inconsciente humano. Os temas que lhe dizem respeito, por exemplo, a linguagem e sua estrutura, as normas e os valores, são transmitidos aos indivíduos tanto pelo consciente lógico, pelo aprendizado, quanto ainda por via do inconsciente. O coletivo só é percebido através das ações mais ou menos padronizadas, previsíveis, “não-individualizadas” dos indivíduos (GOMES, 2008, p. 38).

De modo mais amplo, a cultura refere-se à mundividência, isto é, o modo como o homem se expressa, como se comporta diante do mundo, o seu sentido da vida. Já de modo mais restrito, corresponde ao *way of life* e aos padrões de comportamento de um grupo de indivíduos que possui crenças e valores. Cultura é o *modus vivendi* global de um povo ou de uma coletividade, levando em consideração seus atos, pensamentos e sentimentos numa concepção ética, manifestados através da linguagem e da comunicação, das leis seguidas, instrumentos e vestimentas. (ULLMANN, 1991)

Kurciant e Massarollo (2012) conceituam ainda cultura como um instrumento a serviço das necessidades psicobiológicas das pessoas com fins de adaptação e regulação das estruturas sociais. Afinal, as pessoas vivem imersas em um universo de significados, logo,

esta cultura lhes proporciona um referencial de decodificação dando sentido ao mundo em que vivem, constituindo um sistema de relações e de continuidade, que não significa evolução.

Neste estudo foi utilizado o conceito de Cultura definido com o agrupamento de “[...] comportamentos, saberes e saber fazer característicos de um grupo humano ou de uma sociedade dada, sendo essas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem, e transmitidas ao conjunto de seus membros” (LAPLANTINE, 2003, p. 96).

2.1.1 Cultura organizacional

Para Kurcgant e Massarollo (2012), cultura é um elemento constitutivo estruturante de toda organização que produz bens e prestação de serviços. A cultura faz parte da estrutura informal das organizações e não pode ser visualizada concretamente, isto é, ela existe, mas é intangível, é imaterial e consiste na realidade e na dinâmica das relações interpessoais e suas intersubjetividade, valores e crenças, interesses individuais e coletivos em um determinado ambiente. Por ser um elemento abstrato e de árdua compreensão, a sua existência pode ser facilmente negada ou minimizada em se tratando de problemas, dificuldades ou conflitos organizacionais.

Nesta perspectiva, se constituída como elemento integrante das políticas organizacionais, a cultura será ferramenta gerencial para aperfeiçoar os processos de trabalho, corrigindo não conformidades e vislumbrando novas perspectivas coerentes à vida organizacional. Utilizada de modo oposto, consistirá em mecanismo de força e repressão.

De modo simples, pode-se dizer que cultura organizacional é a forma como as coisas são feitas em um determinado grupo pequeno, ou de profissionais, ou por uma organização de grande porte e complexa. A cultura organizacional diz respeito ao compartilhamento, à concordância e internalização de valores, crenças, rituais, mitos, objetivos e compromissos pelos indivíduos que compõem estes grupos. Cultura organizacional é o alicerce da organização e legitima um conjunto de características que a tornam única em relação a outras organizações. As organizações são sistemas de conhecimento que compõem um ambiente e estão inseridas em outros que interagem através dos instrumentos e pessoas utilizadas para atingirem seus propósitos, segundo Pires e Macêdo (2006) e Vincent (2009).

Para Waldow (2007) a cultura organizacional é composta por fatores ambientais, tais como: ambiente físico, administrativo, social e tecnológico que influenciam diretamente na eficácia do processo assistencial. Consideram-se como fatores estruturantes os aspectos físicos e materiais disponíveis; administrativo, que envolvem os modelos de gestão e

liderança; o social que corresponde aos componentes afetivos e relacionais entre os envolvidos (profissionais e pacientes); tecnológico corresponde ao aparato de tecnologia dura, leve-dura e leve, isto é, equipamentos, conhecimento técnico-científico e o cuidado propriamente dito.

Fleury e Fischer (2006, p. 22), por sua vez, propõem o seguinte conceito:

[...] cultura organizacional é concebida como um conjunto de valores e pressupostos básicos expresso em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação.

Portanto, a cultura de uma organização é constituída das inter-relações subjetivas complexas entre as pessoas que compõem a organização e será caracterizada pela sua história, pelo modo como se dá a integração de novos membros, por suas políticas de gestão de pessoas, pelas formas de comunicação formais e informais e pelos processos de trabalho por categorias profissionais bem como sua interdisciplinaridade. (BATALHA, 2012)

Vale destacar que a cultura organizacional é oriunda da heterogeneidade social dos profissionais que a compõem e não existiria sem esta interação, harmônica ou não, dos atores sociais determinando o funcionamento rotineiro de área e setores, ritmos de produção, utilização de tecnologias, enfrentamento de pressões e resolução de situações-problemas e falhas técnicas. (CARVALHO, 1997)

São inúmeras as pesquisas sobre cultura organizacional que visam à apreensão dos padrões culturais a partir do conjunto de comportamentos de seus integrantes. Estas pesquisas de caráter empírico assumem a postura de fotógrafos da realidade social de modo mais restrito. Com caráter mais amplo e olhar antropológico, questionam o universo simbólico das organizações, analisando-as e desvendando-as. (FLEURY; FISCHER, 2006)

2.1.2 Cultura de segurança

O conceito de cultura de segurança origina-se da avaliação de processos de segurança tanto na indústria nuclear quanto na aviação. A cultura de segurança foi definida após acidente nuclear ocorrido na década de 1980, na usina de Chernobyl – Ucrânia, como “[...] conjunto de características e atitudes das organizações e dos indivíduos, que garante que a segurança de uma planta nuclear, pela sua importância, terá a maior prioridade” (SILVA, 2003 apud GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011, p. 206).

Neste mesmo período, a indústria da aviação traça novas estratégias de prevenção de incidentes, alguns fatais, focando responsabilidade pela segurança dos passageiros não apenas no piloto das aeronaves, mas em toda tripulação de bordo e equipe de solo, tendo a comunicação, o trabalho em equipe, o treinamento e a tecnologia como alicerces para otimizar resultados e fortalecer os sistemas de segurança. (HARADA et al., 2006)

Entende-se a cultura de segurança como um dos valores da cultura organizacional cujo objetivo é favorecer ações coerentes e os comportamentos mais adequados, tendo atitudes e normas como fundamentais para um ambiente seguro. Mas esta cultura de segurança pode se apresentar diferente entre subgrupos das organizações, como por exemplo setores e categorias profissionais que possuem sua própria cultura e *modus operandi* regidos por códigos disciplinares específicos. Além das atitudes e valores individuais dos membros da organização, o comprometimento e envolvimento do *staff* executivo, tático e operacional com a segurança influenciam diretamente no cotidiano já que esta precisa ser renovada diariamente devido a sua característica perecível. (VINCENT, 2009)

Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2013), a cultura de segurança define-se através do comportamento individual e compartilhado dos membros da organização de acordo com o comprometimento e responsabilidade destes com a oferta de serviço qualificado e seguro, independente da posição hierárquica. Portanto, no âmbito das organizações de saúde, para formação e incorporação deste valor, aberto, justo, sistêmico, centrado na aprendizagem organizacional, e não na culpabilização do indivíduo, algumas estratégias podem ser implantadas, tais como:

- A aceitação da responsabilidade, por todos os profissionais, independente do nível hierárquico, pela segurança individual e da equipe, pacientes e visitantes;
- A segurança deve ser uma prioridade entre as metas estratégicas, táticas e operacionais;
- Os erros devem ser encarados como oportunidade de aprendizagem e melhoria dos processos;
- Os recursos e estrutura para garantir a segurança devem ser suficientes e adequados.

Conforme a Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013, a Cultura de Segurança possui 05 características a serem operacionalizadas pelos gestores da mesma:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza

a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013a, p.2).

Gonçalves Filho, Andrade e Marinho (2011) ressaltam a valorização da comunicação para favorecer uma cultura de segurança positiva determinada pelo tratamento e fluxo das informações na organização. Segundo os autores, se a informação for usada como força política e vantagem individual, chama-se **cultura patológica**. Quando a informação circula apenas por meios formais, nomeia-se **cultura burocrática**. E se a informação é transmitida pela e para a pessoa certa e no momento oportuno, denomina-se **cultura construtiva**.

Assim, a segurança organizacional possui alguns aspectos comuns e determinantes:

- Relacionados ao indivíduo: valores, crenças, atitudes e percepção das pessoas sobre segurança;
- Relacionados ao trabalho: comportamento e atitudes dos profissionais em relação à segurança e aos riscos;
- Relacionados à organização: processos estratégico, táticos e operacionais, bem como a estrutura da organização existente para apoiar a equipe na garantia da segurança.

Portanto, estes fluxos de informações e a comunicação propriamente dita determinarão a maturidade da cultura de segurança da organização em 04 estágios: **reativo**, quando as ações ocorrem após os incidentes, de modo assistemático e com caráter corretivo; **calculativo**, quando existem sistemas de gerenciamento de risco focados na quantificação dos mesmos e os dados são direcionados aos gestores; **proativo**, a liderança procura antecipar-se aos erros e a equipe já apresenta atitudes de segurança; por fim, o estágio **construtivo/participativo**, quando os processos de trabalho baseiam-se em sistemas integrados e a comunicação é efetiva em todos os níveis hierárquicos. (BATALHA, 2012)

2.1.3 Cultura de segurança do paciente

Segurança do paciente corresponde à redução e mitigação de atos não seguros, isto é, erros não-intencionais, nas organizações de saúde, bem como a aplicação de boas práticas baseadas nas condições de estrutura e processos de trabalho dos serviços de saúde que

reduzam os riscos e eventos adversos no cuidado em saúde, em prol de obter resultados satisfatórios para os pacientes. (DAVIES; HEBERT; HOFFMAN, 2003)

Em tempos atuais, no que tange à segurança do paciente, esta pode ser definida como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. (ANVISA, 2013)

O *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) afirma que segurança do paciente corresponde ao processo de prevenir danos acidentais ao paciente, por meio de prática sistêmica cujo objetivo é reduzir significativamente a probabilidade de erros e otimizar interceptação dos mesmos, conforme Clinco (2007) e ANVISA (2013).

Para melhor compreender a temática, faz-se necessário definir alguns termos relacionados e apresentados na Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP). Os conceitos relativos aos incidentes são aqueles que podem acometer os pacientes durante as práticas de cuidados em saúde. Estes eventos ou circunstâncias são aqueles que poderiam resultar, ou resultaram em dano desnecessário ao paciente a exemplo de:

- Circunstância de Risco (*reportable circumstance*): situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente;
- “Quase - erro” (“*near-miss*”): incidente que não atinge o paciente;
- Incidente sem dano (*no harm incident*): evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano;
- Incidente com dano = Evento Adverso – EA (*harmful incident*): incidente que resulta em dano para um paciente são danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionadas à evolução natural da doença de base. (ZAMBON, 2010)

Portanto, no que tange aos tipos de incidentes, estes podem se relacionar a:

[...] processos e procedimentos clínicos, documentação, infecção relacionada à assistência à saúde, infusões intravenosas e medicações, sangue e hemoderivados, nutrição, oxigenioterapia e outros gases, equipamentos e produtos para a saúde, atitudes e comportamentos, acidentes do paciente, infra-estrutura e área física, gerenciamento organizacional. Outras se referem aos [...] procedimentos médicos, diagnósticos, obstétricos, medicações, fraturas, anestésicos, eventos sistêmicos e outros. [...] dentro do hospital (quarto do paciente, ou setor de internação, sala cirúrgica, unidade de cuidado intensivo, sala de emergência, sala de parto, sala de procedimento, área de serviço e ambulatório) e fora do hospital (domicílio e outros lugares) (ANVISA, 2013, p. 66).

Diante dos conceitos supracitados, é importante salientar que a falibilidade é uma condição humana, não sendo possível mudar as condições humanas, contudo vislumbra-se a possibilidade de intervenções no contexto em que as pessoas produzem cuidados (REASON, 2000). Queirós (2012, p. 248) assevera que: “De uma forma mais prática, um erro humano poderá ser quando planeamos para fazer algo correto, mas o resultado foi incorreto ou inesperado”.

Ressalta-se que parte dos erros ocorridos, muitos fatais, no âmbito da assistência à saúde e na perspectiva da cultura de segurança, decorre de falhas nos processos decisórios ocasionadas por falhas de comunicação, informações insuficientes, assim como, despreparo para tomada de decisão em situações complexas. (PARRO; ÉVORA, 2011)

Não são todos os erros que resultam em danos ao paciente, contudo, quando o desfecho é indesejável, dá-se o nome de Evento Adverso (EA) ou iatrogenia, isto é, injúria causada pela intervenção do profissional em saúde que não está relacionada à doença do paciente. O termo iatrogenia, de origem grega, significa resultado indesejável de ação danosa não intencional (culposa) dos profissionais de saúde relacionada à observação, monitorização ou intervenção terapêutica, cuja probabilidade e ocorrência indesejável chamam-se risco. (SCHWONKE, 2012)

A cada dez pacientes atendidos em um hospital, um sofre pelo menos um evento adverso como queda, administração incorreta de medicamentos, falhas na identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções, mau uso de dispositivos e equipamentos médicos, e, no Brasil, a incidência de eventos adversos representa 7,6%, sendo 66,7% eventos evitáveis. (MENDES et al., 2005)

Constatou-se também que a ocorrência de eventos adversos provocava uma elevação de custos sociais e econômicos de modo vultoso, além de poder implicar em danos irreversíveis e irreparáveis aos pacientes e seus familiares. (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013)

Nesta ótica, constata-se que a grande parte dos erros é cometida por pessoas capazes, contudo factíveis de falhas, muitas vezes desenvolvendo suas práticas profissionais em organizações cujos processos não funcionam de modo eficaz, logo, para garantir uma assistência segura há de se reforçar o sistema para prevenir ou interceptar os inevitáveis lapsos dos seres humanos. Tal abordagem lógica e objetiva tem sido empregada em outras atividades complexas e de alta tecnologia, contudo passou anos sendo ignorada nas práticas de cuidado à saúde. Assim, Fidelis (2011, p. 51) destaca que:

[...] os fatores humanos têm um caráter universal de falibilidade, e que a abordagem tradicional do erro humano que pode ser chamada de modelo de “perfectibilidade”, pressupõe que se os indivíduos trabalharem com afinco e bem treinados, os erros serão evitados, o que não pode ser considerado como verdade, haja vista que, hoje, especialistas do mundo inteiro apontam para estratégias globais de intervenção nos processos e sistemas, em vez de olhar apenas para o indivíduo.

Outrossim, segundo Queirós (2012) pode ser parte da natureza humana errar, mas é também parte da natureza humana buscar soluções, melhores alternativas e enfrentar os desafios futuros.

Durante anos, manteve-se o foco na visão de que os erros eram falhas morais dos profissionais da saúde que se sentiam culpados e desmoralizados, levando-os à omissão de eventuais ocorrências adversas. Além disso, a revisão dos problemas e dos fatores desencadeantes não ocorria e ao mesmo tempo contribuía para o aumento dos erros e prejudicava o desenvolvimento de novas práticas para uma assistência à saúde mais segura. (FIDÉLIS, 2011)

Wegner e Pedro (2012) reforçam que ocultar os erros desencadeia inúmeras consequências, mediatas ou imediatas, que podem vir a comprometer a assistência prestada. Comentam ainda que suas experiências profissionais, no contexto hospitalar, permitiram observar que esta omissão na prática em saúde não é rara e que é mais cômodo omitir do que assumir a responsabilidade diante das práticas que não aconteceram conforme planejadas. Assim, materializa-se a possibilidade “[...] de erros ocorrerem, minimizam-se as críticas estéreis sobre a personalização individual dos eventos adversos” (p.3).

Mello (2011, p. 45) destaca que, mesmo após tantos investimentos em programas internacionais em prol da Segurança do Paciente:

[...] as discussões e abordagens dessas situações não avançaram muito além da esfera criminal, e tem tido como principal desfecho a sumária demissão dos profissionais envolvidos, sem considerar os diferentes fatores que podem ter colaborado para a ocorrência destes erros. Contudo, questões como a qualidade da escola na formação dos profissionais, carga horária de trabalho da enfermagem e problemas estruturais das organizações de saúde, têm sido identificados, mesmo que no âmbito da discussão e debate.

Ao associar a cultura de segurança do paciente aos preceitos de Foulcaut (2012), que reprime a cultura voltada para a punição como solução para os males da humanidade ao invés daquela voltada para prevenção, busca-se inserir uma consciência coletiva de prevenção de eventos adversos, utilizando-se a abordagem proativa, não punitiva e de incentivo à notificação espontânea e anônima dos eventos.

Reis (2013, p. 152) argumenta que:

[...] a cultura de segurança do paciente tem recebido crescente atenção no campo das organizações de saúde. Os cuidados de saúde, cada vez mais complexos, elevam o potencial de ocorrência de incidentes, erros ou falhas, particularmente em hospitais. Uma cultura de segurança fortalecida no âmbito hospitalar emerge como um dos requisitos essenciais para melhorar a qualidade do cuidado de saúde.

Este fato aponta para a necessidade de mudança das organizações hospitalares, através de estratégias de gestão para desenvolver processos novos e inovadores em prol da cultura de segurança do paciente, de acordo com cada cultura organizacional, e que considerem os fatores facilitadores e dificultadores, tais como:

[...] pessoas, ideias, padrões de relacionamento e tempo. Pode-se dizer que em certos ambientes existe uma cultura organizacional que favorece a mudança e a inovação e em outros não. A criação de um ambiente seguro para pacientes e profissionais requer um plano estratégico, liderança e trabalho em equipe (CAMARGO TOBIAS et al, 2014, p. 356).

Logo, considera-se uma organização hospitalar segura quando há esforço e cooperação coletiva de todos os profissionais de saúde em todos os níveis. São características da cultura de segurança do paciente, conforme Réa-Neto et al., (2010, p.10):

- a) Liderança firme e respeitosa, geralmente exercida por intensivista [profissional] experiente e comprometido com a qualidade contínua no cuidado.
- b) Comunicação aberta, responsável e produtiva entre todos os membros da equipe médica, de enfermagem, de fisioterapeutas, de psicólogos, de nutricionistas, de fonoaudiólogos etc.
- c) Espírito de equipe entre todos os profissionais que trabalham juntos, de forma organizada, cooperativa, complementar e responsável.
- d) Reação rápida e eficiente aos desafios de mudança na busca de novos resultados.
- e) Estabelecimento de uma cultura de prevenção de riscos por meio da adoção de processos claros e definidos pelos profissionais que executam as ações de saúde.
- f) Relato sistemático e reação rápida para correção dos eventos adversos, com foco na correção dos processos, por meio da adoção de um modelo baseado no princípio não punitivo, defendendo que, na maioria das vezes, os erros são consequência de uma sequência de eventos e não de um único ato isolado.

Para as organizações hospitalares considerarem-se seguras, não basta apenas sistematizar o registro dos erros resultantes da prática clínica que contribuem para o aprendizado de modo construtivo junto às equipes multiprofissionais, logo para a segurança dos pacientes. Concomitantemente, as organizações de saúde se viram obrigadas a acompanhar a economia mundial, devido à globalização. Sendo assim, urgiu a

obrigatoriedade de repensar e reformular suas estratégias táticas e operacionais para permanecerem competitivas e, nesse cenário, o quesito da segurança do paciente tem se apresentado como um dos pontos de mais valia para garantir a qualidade na assistência. (LEÃO et al., 2008)

Queirós (2012, p. 257) corrobora com esta lógica ao expressar que:

[...] torna-se deveras relevante o relato dos erros das práticas clínicas a nível institucional, não no sentido de culpabilização, mas com a finalidade de se criar uma cultura positiva face ao erro, de modo a aprendermos e modificarmos comportamentos que permitam desenvolver a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, contribuir para a segurança dos doentes.

Sendo assim, é preciso que a alta direção gereencie a organização em busca da nova perspectiva de cultura organizacional, por meio da gestão participativa que estimule a equipe frente à resolução de problemas, disponibilizando tempo para planejamento através de ambiente colaborativo para troca de ideias, inspirado na visão sistêmica da organização hospitalar visando favorecer a comunicação tanto formal quanto informal entre todas as pessoas e entre todos os níveis hierárquicos. (TAJRA, 2009)

Por sua vez, Marx (2003, p. 10) afirma que fomentar os “[...] instrumentos de gestão torna-se uma necessidade para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram por um hospital, requerendo cuidados e apoio no seu restabelecimento e retorno ao equilíbrio vital”.

Vale destacar que, isoladamente, a identificação dos atos considerados não seguros no âmbito dos sistemas de assistência à saúde, o compromisso individual e conhecimento técnico dos envolvidos não são suficientes para uma assistência segura livre de danos. É importante salientar a utilização de boas práticas para aperfeiçoar resultados, ou seja, disponibilizar, simultaneamente, estrutura, processos e meio ambiente centrados na “[...] qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários [...]” nos serviços de saúde conforme recomendações da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011, da ANVISA, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. (BRASIL, 2011)

Portanto, cabe aos gestores de enfermagem e de saúde, assim como à sociedade, ao governo e aos consumidores, bem como aos profissionais envolvidos direta ou indiretamente na prestação de cuidados constituir o arcabouço da segurança do paciente com o objetivo de proporcionar uma assistência livre de danos. (LEÃO et al., 2008)

Conforme Queirós (2012), Florence Nightingale, em *Notes on Hospitals*, publicado em 1863, faz alusão ao pensamento hipocrático *Primum non Nocere*, isto é, *Primeiramente,*

não cause dano. Nota-se que desde o século XIX, havia preocupação com a segurança do paciente. Não causar dano já era uma premissa dos cuidados em saúde que objetivava identificar possíveis erros que poderiam ser cometidos no contexto assistencial, no sentido de formular as melhores estratégias para redução ao máximo e para prevenção do dano. Entretanto, faz-se necessário compreender que o erro é factível ao ser humano, errar é humano, pois as pessoas não são infalíveis, podem falhar mesmo nas melhores organizações e por diversos fatores. “Portanto, o erro humano existe e consiste num desfasamento entre o que uma situação requer, na intencionalidade da pessoa, e no que ela poderá vir a realizar” (p.248).

Illich, em 1975, dava início às reflexões sobre segurança do paciente quando definia iatrogênese como uma variedade de efeitos secundários não desejados, porém diretos, decorrentes dos procedimentos terapêuticos resultantes da intervenção técnica direta do médico que acabavam por se acumular àqueles que a doença por si mesma já promovia.

A comunidade internacional atentou-se para a segurança do paciente, em 1991, caracterizada pela preocupação com a ocorrência de eventos adversos (EA), isto é, com lesões ou danos ao paciente decorrentes do cuidado de saúde evidenciados através dos resultados do Estudo da Prática Médica de Harvard. Este estudo retrospectivo, com dados de 1984, com 30 mil pacientes do estado de Nova Iorque, obteve taxa de eventos de 3,7% dos pacientes admitidos, destes 28% ocorreram por negligência, 2,6% ocasionaram dano disfunção permanente e 13% levaram à morte, dentre outros resultados. (BRENNAN et al., 1991b apud SZLEJF, 2010)

A partir de 1999, o Instituto de Medicina (IOM), dos Estados Unidos publicou o livro *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro (To err is Human: building a safer health system)* com enfoque na qualidade assistencial, especificamente na segurança do paciente. Essa publicação que apresentou estimativa de 44.000 a 98.000 óbitos nos EUA decorrentes de danos causados durante prestação de cuidados à saúde, evidenciando alto índice de mortalidade desencadeou mobilização da classe médica e do público norte-americano em geral e em diversos países para as questões relacionadas à segurança do paciente. Assim, a comunidade científica, governo e organizações internacionais convergiram forças para elaborar, programar e implementar estratégias nacionais e internacionais a fim de prevenir e a mitigar falhas no cuidado à saúde, em consonância com ANVISA (2013) e Capucho e Cassiani (2013).

Assim, em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) cujos propósitos

foram definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em diversas partes do mundo, priorizando áreas para a investigação que fossem de relevância para todos os países independente de seu estágio de desenvolvimento, listadas no Quadro 1. (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013)

Quadro 1 - Áreas prioritárias para a investigação da segurança do paciente em todos os países independente de seu estágio de desenvolvimento

	Área de ação	Descrição
1	Desafio Global para a Segurança do Paciente	Pressupõe comprometimento e ações em segurança do paciente para minimização de risco em todos os países.
2	Pacientes pela Segurança do Paciente	Assegura que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde do paciente em todo o mundo.
3	Pesquisa em Segurança do Paciente	Envolve pesquisas internacionais para o conhecimento da natureza do dano ao paciente e desenvolvimento de ferramentas de prevenção.
4	Taxonomia/Classificação Internacional para Segurança do Paciente	Desenvolve um sistema internacionalmente aceito de classificação da informação em segurança do paciente, promovendo efetivo aprendizado global.
5	Relato e Aprendizagem	Promove ferramentas valiosas de notificação, análise, investigação e abordagens que identificam fontes e causas de riscos, propiciando a realização de ações de aprendizado e prevenção de eventos adversos.
6	Soluções para Segurança do Paciente	Trata de intervenções e ações práticas para prevenção de dano ao paciente.
7	Alto 5S	Difunde boas práticas para a mudança organizacional, clínica e de equipe, como: cuidados no preparo de soluções concentradas de eletrólitos; controle da medicação nas transições de cuidado; realização de procedimentos corretos nos sítios corretos; prevenção de falhas de comunicação durante a passagem de plantão; prevenção e redução de IRAS.
8	Tecnologia para Segurança do Paciente	Foca na utilização de novas tecnologias para promoção da segurança do paciente.
9	Gerenciando conhecimento	Reúne e compartilha conhecimentos sobre a evolução mundial da segurança do paciente.
10	Eliminando infecção da corrente sanguínea associada a cateter central	Concentra esforços mundiais para ações de prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em serviços de saúde.
11	Educação para cuidado seguro	Desenvolve guias curriculares para estudantes da área da saúde, voltados para a segurança do paciente.
12	Prêmio de segurança	Envolverá prêmios internacionais de excelência no campo da segurança do paciente, impulsionando mudança e melhoria nesta área.
13	Checklists para a área da saúde	Vem desenvolvendo outras listas de verificação de segurança em serviços de saúde (após averiguação do sucesso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na diminuição da morbidade e mortalidade de pacientes, tais como: check-lists para Influenza A (H1N1), parto seguro e segurança do recém-nascido.

Fonte: Boletim Informativo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – v.1, n.1, Brasília, jan.-jul. 2011, adaptado.

No ano seguinte, em 2005, esta Aliança identificou seis áreas de atuação, entre elas, o desenvolvimento de “Soluções para a Segurança do Paciente” com propósito de promover melhorias específicas em áreas que são problemáticas na assistência: identificação correta do paciente, melhoria da comunicação entre profissionais de saúde, melhoria da segurança dos medicamentos de alta vigilância, assegurar cirurgia correta em local de intervenção e paciente corretos, higienização das mãos com maior frequência para prevenir infecções, redução dos riscos de lesões em pacientes secundárias à queda. As mesmas são definidas como metas internacionais para segurança do paciente, cuja campanha possuía a frase de chamada “para que as boas práticas estejam de todos os lados” (ANVISA, 2013).

No Brasil, desde meados de 2002, o Projeto Hospitais Sentinela, monitora sistematicamente 192 hospitais distribuídos em todo território nacional e em todos os estados, ou seja, de 60 mil leitos e cerca de 40 mil atendimentos por dia, observando aspectos como: infecção sanguínea adquirida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do hospital, uso de medicamentos, uso do sangue e uso de produtos como próteses. (ANVISA, 2013)

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou um Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde, o QualiSUS Rede. Apesar de ser um importante avanço para o desenvolvimento da qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS), o projeto não contempla incentivo à adoção de um programa de acreditação hospitalar e também não contempla objetivo estratégico diretamente relacionado à segurança do paciente, item considerado essencial para a qualidade, segundo o IOM e a OMS (CAPUCHO; CASSIANI, 2013. p. 792).

2.2 O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)

Mesmo após o Ministério da Saúde (MS) do Brasil e a ANVISA aderirem às iniciativas proposta pela OMS e suas respectivas campanhas, a adesão das organizações hospitalares foi insuficiente, devido ao fato de não possuírem uma cultura organizacional construtiva, de aprendizado e direcionada para a segurança do paciente. (CAPUCHO; CASSIANI, 2013)

Sendo assim, para legitimar e fortalecer os esforços tanto internacionais quanto nacionais em prol da segurança do paciente, em 2013, o MS instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013a). Este novo programa, diante da perspectiva moderna da prevenção quaternária em saúde, ou seja, detecção e intervenção fortemente ativas diante dos riscos e danos à saúde dos pacientes, almeja

[...] estimular o olhar crítico para a segurança do paciente, com estabelecimento de metas específicas para prevenir danos evitáveis e minimizar riscos de incidentes, propõe-se o desenvolvimento de um programa nacional de segurança do paciente que esteja vinculada aos programas de qualidade do governo federal. Tal programa deve envolver, no mínimo, o Ministério da Saúde, a ANVISA, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Ministério da Educação, sendo o último um importante aliado para a formação de profissionais de saúde, especialmente nos hospitais de ensino (CAPUCHO; CASSIANI, 2013, p.792).

De acordo com ANVISA (2014a, p. 12), o “PNSP visa, especialmente, prevenir, monitorar e reduzir a incidência de EAs nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde do País”.

O Artigo 2º da referida Portaria apresenta como objetivo geral do programa: “[...] contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional” (BRASIL, 2013a).

Portanto, para o avanço do programa, faz-se necessário subsidiar as ações estratégicas a partir de conhecimento e cumprimento de normas e regulamentos que guiam e orientam os serviços de saúde e implementação de medidas específicas controladas por indicadores e um modelo de gestão assistencial embasado em protocolos clínicos. (ANVISA, 2014b)

O PNSP possui 04 eixos norteadores das ações que representam seus objetivos específicos, apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Eixos norteadores do PNSP

Eixos norteadores do PNSP	Objetivos específicos
Eixo 1: Estímulo a uma prática assistencial segura.	“Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde.”
Eixo 2: Envolvimento do cidadão na sua segurança.	“Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente.”
Eixo 3: Inclusão do tema segurança do paciente no ensino.	“Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.”
Eixo 4: O incremento de pesquisa em segurança do paciente.	“Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente” área da saúde.”

Fonte: Adaptado de BRASIL (2013a) e ANVISA (2014b)

Destaca-se que o PNSP, por si só, não minimizará os riscos de ocorrência de eventos adversos. É preciso que o mesmo esteja integrado a todas as demais políticas de saúde para atingir seu objetivo em plenitude. (ANVISA, 2014b)

O Artigo 6º da Portaria citada anteriormente institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), como “instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam” com as seguintes competências:

I - propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente[...]; II - aprovar o Documento de Referência do PNSP; III- incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à segurança do paciente; IV- propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente; V - analisar quadrimestralmente os dados do Sistema de Monitoramento incidentes no cuidado de saúde e propor ações de melhoria; VI - recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente; VII - avaliar periodicamente o desempenho do PNSP; e VIII - elaborar seu regimento interno e submetê-lo à aprovação do Ministro de Estado da Saúde (BRASIL, 2013a).

A CIPNSP, segundo BRASIL (2013a), é composta por um representante, titular e suplente, de cada um destes órgãos ou entidades conforme listadas abaixo:

- Ministério da Saúde: Secretaria-Executiva (SE/MS); Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS) – 01 representante de cada;
- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Conselho Federal de Odontologia (CFO), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) – 01 representante de cada;
- Instituições Superiores de Ensino e Pesquisa com notório saber no tema Segurança do Paciente – 03 representantes.

Em seguida à publicação da Portaria nº 529/2013, foi publicada a Resolução Diretiva Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, com objetivo de “prevenir e reduzir a

incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde, bem como disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente” (BRASIL, 2013b).

O Artigo 2º, da Seção II, Capítulo I – Das Disposições Iniciais, desta Resolução, trata da abrangência do PNSP, devendo ser aplicadas a todos os serviços de saúde, de caráter público, privado, filantrópico, civil, militar, bem como estabelecimentos de saúde que desenvolvem ações de ensino e pesquisa. Seu parágrafo único exclui os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar. (BRASIL, 2013b)

Portanto, o PNSP,

[...] deve ser difundido nas diferentes instituições que compõem o sistema de saúde em todos os estados da federação a fim de que conheçam e compartilhem o conhecimento acerca dos resultados obtidos na assistência, incluindo os resultados negativos. Portanto, a implantação de um sistema nacional de notificações de incidentes deve ser uma das ações prioritárias de um programa nacional de segurança do paciente que contemple, minimamente, metas para gestão dos riscos envolvendo a assistência à saúde [...] (C.APUCHO; CASSIANI, 2013, p.793)

Já o Capítulo II - Das Condições Organizacionais, Seção I - Da Criação do Núcleo de Segurança do Paciente, dispõe sobre a constituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) por parte da direção do serviço de saúde, conferindo a seus membros poder para elaborar e executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Para seu pleno funcionamento, o NSP de cada serviço de saúde deverá possuir recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais suficientes, bem como um profissional responsável e participativo nas instâncias deliberativas. (BRASIL, 2013b)

Para alcançar os objetivos estabelecidos pelo PNSP e priorizar as áreas estratégicas para investigação da segurança do paciente, faz-se necessário que todos os serviços de saúde indistintamente, conforme sua complexidade e tipo de serviço, instituir por meio de portaria, ato ou similar, o NSP, definido como “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente” (ANVISA, 2014a, p. 13).

O NSP deve estar vinculado à direção geral das organizações e ser constituído por profissionais de todas as áreas técnicas que conheçam bem a organização e possuam perfil de liderança. Estes membros do NSP devem realizar encontros periódicos com as diretorias técnicas em decorrência de seu papel articulador, incentivador e, sobretudo, estratégico no gerenciamento de riscos e na condução de ações de melhoria da qualidade para promover a segurança do paciente. (ANVISA, 2014a)

A RDC n. 36/2013, define as principais atividades do NSP:

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde; III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas; IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde; IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; XII- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos; XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias (BRASIL, 2013b).

Todo NSP deve possuir um Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, que conforme o Art. 8º da RDC 36/2013 deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática; II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; IV - identificação do paciente; V - higiene das mãos; VI - segurança cirúrgica; VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes; IX - segurança no uso de equipamentos e materiais; X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado; XI - prevenção de quedas dos pacientes; XII - prevenção de úlceras por pressão; XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde; XIV- segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral; XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde; XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada; XVII - promoção do ambiente seguro (BRASIL, 2013b).

Importante destacar, também, o Artigo 10 do Capítulo III - Da Vigilância, do Monitoramento e da Notificação de Eventos Adversos: “A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas

eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.”, bem como o Parágrafo único: “Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido” (BRASIL, 2013b).

Sendo assim, com o apoio do PNSP e dos NSP implantados nos estabelecimentos de saúde, através de suas diversas estratégias, será possível alcançar uma cultura de segurança do paciente positiva, atuar na mitigação dos eventos adversos e promover uma assistência mais qualificada e livre de dano.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal do tipo *survey*, de natureza descritiva.

O método *survey* destina-se às pesquisas que visam obter opinião de um determinado grupo de pessoas representantes de uma população, cujo objetivo é realizar descrições quantitativas, utilizando instrumento predefinido, segundo Freitas et al., (2000). As pesquisas que objetivam descrever a cultura organizacional podem se apoiar neste método e utilizar questionário com perguntas fechadas. (FLEURY; FISCHER, 2006)

Sendo assim, visou-se, através de um questionário como instrumento de coleta, descrever a cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública.

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Feira de Santana, o 2º maior município do Estado da Bahia. A região sanitária de Feira de Santana é uma das 28 regiões do Estado da Bahia. Esta regionalização, dentre outros objetivos, visa desenvolver as regiões para que obtenham maior grau de autonomia e resolutividade, favorecendo a integralidade dos serviços e ações de saúde. (BAHIA, 2013)

Esta região é composta por 28 municípios e possui 1.087.975 habitantes. A mesma disponibiliza o maior quantitativo de serviços depois da capital Salvador, pois é considerada referência tanto na microrregião quanto na macrorregião e possui gestão municipal de saúde plena. (BAHIA, 2013)

O município de Feira de Santana é entroncamento rodoviário, situado no Polígono das Secas, exceto a área do distrito de Humildes; está localizado a uma distância de 109 quilômetros da Capital do Estado, 80 quilômetros do Porto de Aratu e 70 quilômetros do Polo Petroquímico de Camaçari. O município possui uma população de 568.099 habitantes e dispõe de 622 unidades de saúde, destas 06 são hospitais gerais. (FEIRA DE SANTANA, 2010)

A organização hospitalar escolhida para ser o lócus da pesquisa foi um hospital geral, de grande porte e de caráter público, referência em média e alta complexidade no Estado e com todos os seus 300 leitos cadastrados pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Sua finalidade é prestar assistência à saúde preventiva, curativa, educativa e atuar na formação profissional,

especialmente nas urgências e emergências, na microrregião de Feira de Santana-Bahia. (BAHIA, 2013)

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para saber a opinião da população sobre uma escolha da sociedade é preciso, evidentemente, inquiri-la. Seguindo a estratégia da pesquisa de opinião, uma amostra suficientemente grande deve ser constituída com os cuidados requeridos para assegurar sua representatividade.

A pesquisa teve como população os trabalhadores de enfermagem atuantes na organização hospitalar escolhida. A amostra foi não-probabilística por conveniência, isto é, composta por aqueles participantes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que atenderam aos critérios de inclusão e estiveram em atividade durante os dias e horários de coleta (nos turnos da manhã e da tarde).

Atualmente o hospital pesquisado possui em seu quadro de pessoal 154 enfermeiros, 226 técnicos de enfermagem, 177 auxiliares de enfermagem e 05 atendentes de enfermagem, somando 562 profissionais. Deste total de profissionais de enfermagem, 01 havia acabado de receber a aposentadoria e outros 50 estavam afastados no mês de maio de 2015 (período da coleta) por motivo de licença médica, prêmio e maternidade e férias.

Sendo assim, a população foi composta por 511 profissionais de enfermagem em atividade. Destes, foram convidados aleatoriamente 267 que estavam presentes no lócus da pesquisa durante o período de coleta, compondo a amostra. Aceitaram participar da pesquisa 128 dos profissionais de enfermagem que compuseram a amostra, conforme critérios de inclusão e exclusão.

Os participantes foram identificados na pesquisa pela letra “Q” acompanhada por um numeral arábico, conforme os questionários iam sendo devolvidos.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A opção por se trabalhar com os profissionais de enfermagem pautou-se no entendimento que esta equipe de saúde, nas organizações hospitalares, desenvolve ações de cuidado direto ou indireto ao paciente, são responsáveis pela segurança do paciente, e compõe maior percentual do quadro de pessoal das organizações hospitalares em geral. (HARADA, 2006).

Salienta-se que neste Estudo considera-se cuidado direto as atividades assistenciais, de ação e contato junto ao paciente, e como cuidado indireto aquelas atividades relacionadas ao gerenciamento e organização dos serviços que proporcionem condições para o cuidado direto, tais como o ensino, a supervisão e a administração, segundo Peduzzi e Anselmi (2002) e Santos e outros (2013).

Definiu-se como critério de inclusão, proposto por Sexton e outros (2006) e Oliveira e outros (2015), possuir vínculo com a organização hospitalar há pelo menos 01 ano. Este critério foi definido por considerar o período suficiente para exposição e assimilação da cultura de segurança do paciente nesta organização hospitalar.

Foram excluídos, além dos profissionais que estavam de férias, licença médica, licença maternidade e paternidade, os que se encontravam liberados para cursos de longa duração (especialização, mestrado e doutorado).

Tais critérios foram fundamentados em Schwonke (2012) a partir do entendimento de que o distanciamento do profissional da atual dinâmica da organização hospitalar pode interferir nos dados colhidos e nas respostas ao inquérito no momento da pesquisa.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, quer seja individual ou coletivamente, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dela, incluindo o manejo de informações ou materiais, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013), fundamentada nos princípios básicos da bioética: não maleficência; autonomia; beneficência e justiça.

Não houve ônus financeiros para os participantes e para a organização estudada. Todas as despesas com a pesquisa correram por conta da pesquisadora.

Após aprovação em 15 de abril de 2015, parecer nº 1.022.831 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, CAAE: 42374015.6.0000.5531, obteve-se acesso ao campo para início da coleta de dados em maio de 2015.

Foi apresentado aos participantes informações e esclarecimentos junto com o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Este documento informou e esclareceu aos participantes sobre a pesquisa a fim de que eles decidissem, de forma livre de pressão ou coação sobre a participação.

O risco mínimo de constrangimento para responder as questões do instrumento foi minimizado com o exercício do direito de recusa sem prejuízo para suas atividades.

Para os participantes, buscou-se garantir o anonimato através da análise quantitativa sem identificações pessoais ou organizacionais.

Os dados coletados foram utilizados para construção desta Dissertação, para produção de, pelo menos, 02 artigos científicos a serem publicados em periódicos de Enfermagem e Saúde. Estes dados ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora pelo prazo de 05 anos e, passado este período, no banco de dados do Grupo de Pesquisas sobre Educação, Ética e Exercício da Enfermagem.

Foi garantido aos participantes o acesso a uma via do termo assinado por eles e pela pesquisadora e sua orientadora.

A coleta foi precedida pelas informações aos participantes e aplicação do TCLE.

3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para obter respostas a este questionamento buscou-se a Antropologia Cultural como referencial teórico-filosófico. Este estudo corroborou com Laplantine (2003), quando afirma que para avaliar as características singulares de uma cultura, seu modo de formação e aquisição que modelam o comportamento das pessoas como membros de um grupo ou coletividade faz-se necessário apoiar-se em técnicas de investigação utilizadas pela Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria.

Indica-se o uso de questionários para verificar a cultura de segurança do paciente nas organizações e avaliar os resultados obtidos após a implantação das ações de melhoria. Este uso, tanto no sentido de adequá-los à realidade nacional quanto possibilitar a realização de diagnóstico situacional através da mensuração objetiva potencialidades e fragilidades dos serviços de saúde.

Foi escolhido como instrumento de coleta de dados o questionário da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) intitulado “Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)”. Este instrumento foi validado transculturalmente, traduzido para o português e adaptado ao contexto hospitalar brasileiro por Cláudia Tartaglia Reis em sua tese de doutorado “A cultura de segurança do paciente: adaptação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro”, defendida em abril de 2013, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/FIOCRUZ/Ministério da Saúde. O estudo foi

financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital Universal 14/2011, processo nº 471764/2001-6.

O instrumento original que passou por adaptação por Reis (2013) é de origem norte-americana, desenvolvido e disponibilizado pela *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos EUA em 2004 (agência que se dedica a desenvolver estratégias de melhoria e efetividade para qualidade e acesso aos serviços de saúde, auxiliando gestores e profissionais no gerenciamento de riscos e na busca das melhores práticas culturalmente aceitáveis para prevenir danos aos pacientes). Nesta adaptação, Reis (2013) explorou os constructos “cultura organizacional”, “cultura de segurança”, “clima de segurança”, “cultura de segurança do paciente”, investigando a

[...] semelhança da correspondência e relevância dos conceitos e dos pesos dados às dimensões constituintes entre as duas culturas – a cultura de onde o instrumento se originou e a cultura da população-alvo para o qual o instrumento será adaptado (REIS, 2013, p.35).

Na análise das propriedades psicométricas a referida autora obteve, na versão adaptada para língua portuguesa dos HSOPSC, um resultado de alfa de Cronbach total de 0,91.

O questionário “Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)” foi publicado pela FIOCRUZ e ENSP em 2013 e encontra-se em domínio público.

Segundo Sorra e Nieva (2004), apud Reis (2013, p. 25) o

[...] HSOPSC é um questionário delineado com o objetivo de mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e está atualmente em uso em diversos países por todo o mundo. Ele questiona a opinião de seus respondentes sobre pontos-chave relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão, e toma cerca de 10 minutos para ser preenchido. Esse instrumento possibilita medir a percepção individual e por unidade/setor hospitalar dos funcionários que têm contato direto ou indireto com os pacientes, e que despendem a maior parte de suas horas de trabalho no hospital. Ele oportuniza diversos usos: (i) identificar áreas cuja cultura necessita melhorias; (ii) avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança ao longo do tempo; (iii) possibilitar *benchmarking* interno e externo, auxiliando a organização a identificar como sua cultura de segurança difere da cultura de outras organizações e (iv) priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando suas fragilidades.

O objetivo deste questionário é identificar a cultura de segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde, e de sua valorização na cultura organizacional. Para tal, é composto por uma série de questões fechadas em Escala Likert sobre o tema.

As escalas de Likert, ou escala somatória, dizem respeito a uma série de afirmações relacionadas com o objeto pesquisado, isto é, representam várias assertivas sobre um assunto. Nesta escala, os respondentes não apenas respondem se concordam ou não com as afirmações, mas também informam

qual seu grau de concordância ou discordância. É atribuído um número a cada resposta, que reflete a direção da atitude do respondente em relação a cada afirmação. A somatória das pontuações obtidas para cada afirmação é dada pela pontuação total da atitude de cada respondente (OLIVEIRA, 2001).

Este tipo de questionário permite alcançar rápida e simultaneamente um grande número de pessoas, uma vez que elas respondem sem que seja necessário enviar-lhes um entrevistador. A uniformização assegura, de outro lado, que cada pessoa veja as questões formuladas da mesma maneira, na mesma ordem e acompanhadas da mesma opção de respostas, o que facilita a compilação e a comparação das respostas escolhidas e permite recorrer ao aparelho estatístico quando chega o momento da análise. (LAVILLE; DIONNE, 1999)

O mesmo possui questões acompanhadas por uma escala (frequentemente dita escala de Likert) composta por série de campos que permitem precisar se, por exemplo, o respondente está em total desacordo, em desacordo, sem opinião, de acordo, ou totalmente de acordo com o enunciado considerado.

O questionário HSOPSC é composto por 55 questões distribuídas da seguinte forma: Seção A - Sua área/unidade de trabalho (19 perguntas, sendo 01 pergunta de múltipla escolha e 18 perguntas em formato de Escala Likert); Seção B - O seu supervisor/chefe (04 perguntas em formato de Escala Likert); Seção C - Comunicação (06 perguntas em formato de Escala Likert); Seção D - Frequência de eventos relatados (03 perguntas em formato de Escala Likert); Seção E - Nota de segurança do paciente (01 pergunta de múltipla escolha); Seção F - O seu hospital (11 perguntas em formato de Escala Likert); Seção G - Número de eventos notificados (01 pergunta de múltipla escolha); Seção H - Informações gerais (09 perguntas de múltipla escolha); Seção I - Seus comentários (01 questão aberta).

O questionário possui variáveis de características profissionais dos participantes, variáveis da cultura de segurança e variáveis de resultado. Segundo Sorra e Nieva (2004):

a) Variáveis de características profissionais dos participantes

- Idade;
- Sexo;
- Categoria profissional;
- Tempo de trabalho na profissão;
- Tempo de trabalho no hospital;
- Tempo de trabalho na unidade;
- Horas de trabalho semanal: horas trabalhadas semanalmente no hospital.

- Cargo no hospital: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.
- b) Variáveis da cultura de segurança**
- Trabalho em equipe na unidade (Questões A1, A3, A4, A11) - há respeito, apoio e trabalho em equipe entre os profissionais da unidade de trabalho:
 - A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas as outras.
 - A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.
 - A4. Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito.
 - A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.
- Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente (Questões B1, B2, B3R, B4) - o profissional expressa se seus supervisores/chefia levam em consideração as sugestões da equipe em prol da segurança do paciente; se estes líderes elogiam as medidas de segurança realizadas pelos membros da equipe e estão atentos às questões de segurança do paciente:
 - B1. O 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 (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente.
 - B3R. Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.
 - B4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.
- Aprendizado organizacional/melhoria contínua (Questões A6, A9, A13) - há uma cultura de aprendizagem frente aos erros oportunizando melhorias:
 - A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.
 - A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.
 - A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.
- *Feedback* e comunicação sobre erros (Questões C1, C3, C5) - os profissionais são informados sobre a ocorrência de eventos adversos, sobre estratégias de melhoria em prol da segurança do paciente, bem como são debatidos as melhores maneiras para evitar novos incidentes:

- C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos.
- C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.
- C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não.
- Abertura para comunicação (Questões C2, C4, C6R) - o profissional sente-se à vontade para relatar possíveis situações que possam comprometer a segurança do paciente:
 - C2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.
 - C4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores.
 - C6R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.
- Quadro de Funcionários (Questões A2, A5R, A7R, A14R) - o dimensionamento de pessoal é satisfatório em reação à carga de trabalho e proporciona atendimento de qualidade aos pacientes:
 - A2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho.
 - A5R. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.
 - A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.
 - A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido.
- Resposta não punitiva ao erro (Questões A8R, A12R, 16R) - o profissional sente que a ocorrência de erros e a comunicação de eventos não são utilizadas contra si mesmo, e estes não são registrados em sua ficha de avaliação de desempenho profissional:
 - A8R. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.
 - A12R. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.

- A16R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.
- Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (Questões F1, F8, F9R) - o hospital favorece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e que esta é primordial:
 - 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.
- Trabalho em equipe entre as unidades (Questões F2R, F4, F6R, F10) - as unidades hospitalares possuem relação de cooperação e coordenação entre si a fim de ofertar melhor assistência possível a todos os pacientes:
 - F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.
 - F4R. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.
 - F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.
 - F10R. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.
- Transferências internas e passagens de plantão (Questões F3R, F5R, F7R, F11R) - as informações importantes sobre a assistência prestada ao paciente quando o mesmo é transferido de uma unidade hospitalar para outra ou nas passagens de plantão favorecem a garantia da segurança do paciente:
 - 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.
 - F11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.

c) Variáveis de resultado

- Percepção geral de segurança do paciente (Questões A10R, A15, A17R, A18) - sistemas e procedimentos são adequados prevenção de erros, falhas, enganos e não ocorrem problemas de que comprometem segurança do paciente:
 - A10R. É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui.
 - A15R. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.
 - A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.
 - A18R. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.
- Frequência de eventos notificados (Questões D1, D2, D3) - são registrados os erros identificados que atinjam o paciente, assim como os erros que podem afetar os pacientes, bem como aqueles que não têm potencial de prejudicar o paciente:
 - D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?
 - D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?
 - D3. Quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?
- Número de eventos notificados, nos últimos 12 meses (Questão G1) - quantidade de eventos adversos informados pelo profissional ao seu supervisor/chefia.
- Nota de segurança do paciente (Questão F1) - atribuição de nota sobre segurança do paciente na unidade do hospital a partir da percepção do profissional.

Destaca-se que as variáveis de cultura e segurança juntamente com duas das variáveis de resultado (“Percepção geral de segurança do paciente” e “Frequência de eventos notificados”) correspondem às dimensões da cultura de segurança do paciente.

Nesta perspectiva, entende-se como área de força:

- Itens respondidos de forma positiva em que cerca de 75% dos entrevistados aprovam respondendo "Concordo/Concordo totalmente" ou "Na maioria das vezes/Sempre".
- Também se considera como área de força aqueles itens em que cerca de 75% dos participantes discordaram de modo reverso.

- Será considerado o somatório das respostas “Concordo/Concordo totalmente” ou “Na maioria das vezes/Sempre” ou das questões reversas.

Será entendido com área com potencial de melhoria:

- Itens respondidos pelos participantes que correspondam a cerca de 50% negativamente usando “Discordo/Discordo totalmente” ou “Nunca/Raramente”.
- Também será definido como potencial de melhoria se 50% dos participantes discordarem de modo reverso aos itens respondidos.
- Será considerado o somatório das respostas “Discordo/Discordo totalmente” ou “Nunca/Raramente” ou das questões reversas.
- As questões reversas foram identificadas acrescentadas da letra “R”.
- Segue definição de termos:
- Positivo é o percentual de respostas que forem classificadas com 04 ou 05 (Concordo/ Concordo totalmente a Maioria das vezes/Sempre) para as questões formuladas de forma positiva, ou um 01 ou 02 (Discordo/Discordo totalmente ou Raramente/Nunca) para o reverso das perguntas formuladas.
- Neutro é o percentual de respostas que foram classificados a 03 (Nem ou às vezes) para qualquer questão.
- Negativo é o percentual de respostas que forem classificados a 01 ou 02 (Discordo/ Discordo totalmente ou Raramente/Nunca) para as questões formuladas de forma positiva, ou um 04 ou 05 (Concordo/Concordo totalmente ou Maioria das vezes/Sempre) para o reverso das perguntas formuladas.
- Quanto à frequência:
- É frequentemente o percentual de respostas que forem classificadas um 04 ou 05 (Maioria das vezes/Sempre) para as questões formuladas de forma positiva, ou 01 ou 02 (Raramente/Nunca) para reversa redigido perguntas.
- Às vezes é o percentual de respostas que forem classificadas a 03 (Às vezes) por uma questão de frequência.
- Raramente/Nunca é o percentual de respostas que forem classificadas a 01 ou 02 (Raramente/Nunca) para as questões formuladas de forma positiva, ou 04 ou 05 (Maioria das vezes/Sempre) para reversa redigido perguntas.

3. 7 COLETA E ARMAZENAMENTO DE DADOS

Após obter informações no Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento (NUPED) sobre os procedimentos necessários para realizar pesquisa no campo escolhido, a pesquisadora entregou a solicitação de autorização para acesso ao campo (Apêndice A).

A autorização de liberação de acesso ao campo se deu conforme o Anexo A.

Em seguida, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, conforme o Apêndice B.

Após obtenção do parecer consubstanciado do pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Anexo B), obteve-se acesso ao campo para início da coleta de dados em maio de 2015.

A pesquisadora apresentou-se à gerente de enfermagem da organização hospitalar lócus da pesquisa, informando-a sobre o estudo a ser realizado, solicitando à mesma informação sobre o quadro funcional, o que imediatamente foi disponibilizado a partir das escalas de serviço.

A aplicação dos questionários ocorreu na primeira quinzena do mês de maio de 2015, depois da devida liberação do campo em estudo.

Em visita diária a todas as unidades hospitalares do hospital lócus do estudo, nos turnos da manhã e da tarde, a pesquisadora entregou em mãos dos membros da equipe de enfermagem os questionários, juntos com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Apêndice C, aos membros da equipe de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa.

Cada participante foi informado que o tempo médio para responder o questionário HSOPSC - Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (Anexo C) seria de 10 a 15 minutos. A pesquisadora aguardava a devolução do questionário respondido juntamente com o TCLE assinado no final dos turnos de trabalho matutino, vespertino e diurno.

Ao longo da coleta, os questionários que iam sendo devolvidos foram numerados e, após o recolhimento dos mesmos, os dados foram transcritos para a tabela Excel confeccionada a partir do modelo elaborado pela Premier (2007) como ferramenta para auxiliar as organizações hospitalares especificamente no armazenamento, processamento e análise dos dados do questionário HSOPSC. A mesma está disponível na web em domínio público. À tabela original, acrescentaram-se questões formuladas por Reis (2013) ao questionário original.

Após o término da transcrição dos questionários, os dados foram exportados do software Microsoft Excel (Excel ®, Redmond, WA, EUA) 2010 para o IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS ®, Chicago, IL, EUA) 20.0.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise descritiva, as variáveis quantitativas foram representadas por suas médias e desvios-padrão quando suas distribuições eram normais e por medianas e quartis quando não normais. A definição de normalidade foi feita através de análise gráfica e teste de Shapiro-Wilk. As variáveis categóricas foram representadas através de frequências e porcentagens. Variáveis ordinais foram descritas através de tabelas e figuras, quando julgado pertinente, mantendo as categorias originais individualizadas. (TORMAN; COSTER; RIBOLDI, 2012)

As análises por variáveis foram feitas após ajuste dos resultados para perguntas com ordem inversa, nas quais uma resposta mais baixa indicava maior grau de segurança sinalizada com letra “R” conforme apresentada em algumas das questões das variáveis de cultura de segurança e de resultado, a exemplo de: B3R. Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.

As análises foram conduzidas com os softwares Microsoft Excel (Excel ®, Redmond, WA, EUA) 2010 e IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS ®, Chicago, IL, EUA) 20.0.

Os resultados da pesquisa foram exibidos da seguinte forma:

- Caracterização das variáveis de características profissionais dos participantes: apresentada em forma de tabela com frequência e mediana por categoria profissional dos participantes da pesquisa.
- Respostas às questões por variáveis da cultura de segurança e de resultado: apresentadas graficamente as frequências de respostas que foram positiva/fortemente positiva, neutra ou negativa/fortemente negativa para cada pergunta, no que tange aos resultados globais.
- Composto Scores: frequência de respostas agrupadas por variáveis de cultura de segurança e resultado representada graficamente.

As respostas da questão aberta (Seção I - Seus comentários) foram armazenadas no banco de dados para posterior análise qualitativa em estudos futuros.

A taxa de resposta, isto é, o quantitativo de questionários não respondidos e não encontrados, foram calculadas a partir subtração do total de questionários disponibilizados daqueles que foram respondidos. Foram considerados como perdas aqueles instrumentos preenchidos inadequadamente ou incompletos, e completos aqueles questionários que tiveram suas questões respondidas em 50% ou mais.

Ao término do prazo de 02 semanas estipulado para encerramento da coleta de dados dos questionários, foram calculadas as perdas e taxa de resposta.

No que tange à “Seção A – Sua área/unidade de trabalho”, as questões foram correlacionadas às nomenclaturas utilizadas pela organização hospitalar da seguinte forma:

- “a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica” e “n. Outra, por favor, especifique:”: Ambulatório, Banco de Leite, Central de Material Esterilizado, Diretoria de Enfermagem, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Vigilância Epidemiológica - devido ao baixo número de respondentes para estes;
- “b. Clínica (não cirúrgica): Unidade de Clínica Médica e Clínica Neurológica;
- “c. Cirurgia”: Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica e Clínica Ortopédica;
- “d. Obstetrícia”: Centro Obstétrico, Clínica Materno-Infantil e Mãe-Canguru.
- “f. Setor de Emergência”: Triagem, Sala Vermelha, Estabilização, Pequena Cirurgia, Pronto-Atendimento Feminino, Pronto-Atendimento Masculino, Ortopedia (Emergência).
- “g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)”: UTI 1, UTI 2, UTI Neonatal e Berçário.
- As questões “e. Pediatria”, “h. Psiquiatria”, “i. Reabilitação”, “j. Farmácia”, “k. Laboratório”, “l. Radiologia” e “m. Anestesia” não houve respondente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta Dissertação estão apresentados em forma de artigo científico, conforme normas de publicação dos periódicos selecionados para submissão dos mesmos.

O Artigo 1 *Cultura de segurança do paciente: produção do conhecimento pela enfermagem do Brasil* encontra-se pronto para definição do periódico de *Qualis* B1 que será submetido. Este artigo subsidiou a construção da revisão de literatura.

O Artigo 2 *Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar* foi aprovado para publicação pela Revista *Cogitare Enfermagem* (ISSN Eletrônico: 2176-9133) para compor a Edição Especial - 20 Anos com a temática: “Segurança do Paciente em Todas as Dimensões do Cuidado”. O *Qualis* deste periódico é B2.

4.1 ARTIGO 1

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO PELA ENFERMAGEM DO BRASIL

RESUMO

Estudo exploratório, descritivo, quanti-qualitativo com o objetivo de caracterizar a cultura de segurança do paciente na produção do conhecimento, nos Programas de Pós-graduação *stricto sensu* pela Enfermagem do Brasil. Fez-se levantamento, organização, formação do *corpus*, exploração e tratamento do material, estabelecendo categorias. Os artigos, em sua maioria, foram publicados em periódicos *Qualis A2*, se concentraram apenas nas regiões Sul e Sudeste, eram quantitativos e frutos de Dissertações. Ao categorizar os descritores, destacou-se a gestão. Quanto aos objetivos, relacionavam-se à avaliação da cultura de segurança do paciente através de questionário e à notificação de eventos adversos. Sobre os resultados, estas categorias relacionam-se entre si no que tange à cultura de segurança do paciente. É preciso produzir mais evidências científicas que instrumentalizem os gestores em saúde no desenvolvimento de estratégias para o aprendizado organizacional participativo a fim de garantir a segurança do paciente.

DESCRITORES: Cultura. Segurança do paciente. Cultura Organizacional. Conhecimento. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O hospital e demais serviços de saúde têm como objetivo a defesa da vida, desde a manutenção e recuperação da saúde até a morte digna, oferecendo como fundamento a qualidade dos serviços prestados, ou seja, o alcance dos “[...] maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o usuário, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes”, considerando a eficácia como “[...] o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis dado o estado do paciente” e a efetividade como “[...] o grau em que o cuidado [...] alça o nível de melhoria da saúde, cujos estudos de eficácia tenham estabelecido como alcançáveis”^(1:76).

Em termos de produção de saúde, isto é, aquilo que “[...] nos permite ampliar e modificar o trabalho na saúde na medida em que não se trata apenas de tratamento,

reabilitação e prevenção, mas de produção de possibilidades de vida”, a práxis dos profissionais de saúde constitui-se em espaços de encontro e reflexão acerca dos processos assistenciais em todos os âmbitos e ambientes nos quais se desenvolvem^(2:11).

Assim sendo, “[...] receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo”^(3:13).

Na prática, os profissionais de saúde assumem a responsabilidade frente à recuperação e preservação da vida e do bem-estar do paciente. Para tal é preciso fazer uso de inúmeros recursos e padronizações no processo de trabalho e nos procedimentos executados para prestar assistência de forma integral e sistematizada, em prol de resultados satisfatórios e minimização dos riscos, isto é, da chance de ocorrência de erros por diversos fatores. Estes erros são considerados atos não intencionais representados pela não realização da ação conforme planejado ou planejado erroneamente, podendo causar incidentes, ou seja, evento ou circunstância sem danos ou até mesmo eventos adversos (quando houve dano desnecessário ao paciente), entendidos como atos decorrentes da assistência não relacionados à evolução natural da doença de base, muitas vezes irreparáveis, ao paciente⁽⁶⁾.

Constata-se que a assistência à saúde perpassa, nos tempos atuais, não apenas pelos aspectos técnico-científicos como também por um conjunto de dimensões que são explicitadas pela cultura organizacional de cada serviço de saúde, especificamente, de cada organização hospitalar.

Deste modo, parte-se do entendimento de que cultura significa “[...] o modo próprio de ser do homem em coletividade, em parte inconsciente, constituindo um sistema mais ou menos coerente de pensar, agir, fazer, relacionar-se posicionar-se [...] e enfim, reproduzir-se”^(9:36).

Também se concebe cultura organizacional como

[...]um conjunto de valores e pressupostos básicos expresso em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação^(8:22).

Nesta perspectiva, a cultura de uma organização é constituída das inter-relações subjetivas complexas entre as pessoas que compõem a organização e será caracterizada pela sua história, pelo modo como se dá a integração de novos membros, por suas políticas de gestão de pessoas, pelas formas de comunicação formais e informais e pelos processos de trabalho por categorias profissionais bem como sua interdisciplinaridade⁽¹⁰⁾.

A cultura de segurança define-se através do comportamento individual e compartilhado dos membros da organização de acordo como o comprometimento e responsabilidade destes com a oferta de serviço qualificado e seguro, independente da posição hierárquica. Portanto, no âmbito das organizações de saúde, para formação e incorporação deste valor, aberto, justo, sistêmico, centrado na aprendizagem organizacional, e não na culpabilização do indivíduo⁽³⁾. “Para o seu desenvolvimento há necessidade de estratégias que englobem a formação de profissionais da saúde, a assistência em todos os níveis de atenção à saúde e a realização de pesquisas”^(4:2).

No que tange à segurança do paciente, define-se a mesma como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário, associado ao cuidado de saúde⁽⁵⁾.

Segurança do paciente corresponde à redução e mitigação de atos não seguros, isto é, erros não-intencionais, nas organizações de saúde, bem como a aplicação de boas práticas baseadas nas condições de estrutura e processos de trabalho dos serviços de saúde que reduzam os riscos e eventos adversos no cuidado em saúde, em prol de atingir resultados satisfatórios para os pacientes conforme o *The Canadian Patient Safety Dictionary* (2003). Já para o Institute of Medicine (1999) corresponde ao processo de prevenir danos acidentais ao paciente, por meio de prática sistêmica cujo objetivo é reduzir significativamente a probabilidade de erros e otimizar interceptação dos mesmos^(3;6).

Esta prática tem sido cada vez mais debatida pelos gestores de enfermagem e de saúde, pela sociedade, governo e consumidores bem como pelos profissionais envolvidos direta ou indiretamente na prestação de cuidados constituindo o arcabouço da segurança do paciente com o objetivo de proporcionar uma assistência livre de danos⁽⁷⁾.

Ao investigar a cultura de uma organização é importante para demonstrar aspectos da identidade organizacional, entendida como composta por elementos da estrutura formal e informal que lhe são próprias e a diferenciam de qualquer outra organização⁽⁸⁾.

O objeto deste estudo foi: a cultura de segurança do paciente na produção do conhecimento, nos programas de Pós-graduação *stricto sensu* pela Enfermagem do Brasil. Logo, o objetivo do estudo foi caracterizar a cultura de segurança do paciente na produção do conhecimento, nos programas de Pós-graduação *stricto sensu* pela Enfermagem do Brasil.

Além de categorizar o conhecimento produzido pela Enfermagem brasileira sobre cultura de segurança do paciente, a pesquisa subsidiou a construção da Dissertação *Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar*.

METODOLOGIA

Trata-se estudo exploratório, descritivo, quanti-qualitativo que emergiu do caminhar da pesquisadora e da busca na literatura de conteúdos teóricos sobre cultura de segurança do paciente.

A coleta foi realizada no mês de abril de 2015, sendo utilizado como fonte o Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bem como os bancos de teses e dissertações disponibilizados em meio eletrônico, dos 67 programas de Pós-graduação em Enfermagem cadastrados no Sistema Nacional de Pós-graduação (SNGP). Utilizou-se Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “segurança”, “segurança do paciente” e “cultura de segurança do paciente”.

A análise foi dividida em três fases: levantamento, organização do material, e formação do *corpus* por meio da leitura flutuante; exploração do material; e, tratamento dos dados.

Realizou-se leitura flutuante das dissertações e teses encontradas e foram excluídas aquelas que não se relacionavam à temática. Em seguida, foram localizados os artigos científicos publicados também eletronicamente, oriundos das dissertações e teses até o período de coleta. Os dados coletados foram tabulados no *Microsoft Excel*.

Os artigos foram caracterizados considerando os seguintes critérios: dissertação ou tese, artigo, periódico, *Qualis*, programa de origem, universidade, região, ano de publicação. Entende-se por *Qualis* “[...] o conjunto de procedimentos utilizados pela Capes para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de Pós-graduação”^(11:sp).

O sistema *Qualis*

[...] afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, periódicos científicos. A classificação de periódicos é realizada pelas áreas de avaliação e passa por processo anual de atualização. Esses veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade - A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C - com peso zero^(11:sp).

Concluída a primeira etapa, passou-se à análise qualitativa dos artigos através da análise de conteúdo temático dos descritores, objetivos e das conclusões, estabelecendo as categorias mais prevalentes.

RESULTADOS

Inicialmente foram encontrados 41 artigos, porém 05 não estavam disponíveis online para consulta, assim foram selecionados com estes critérios 36 artigos para análise inicial. Após leitura flutuante dos resumos e descritores, foram excluídos 18 por não se relacionarem à temática. Destes 18 artigos, apenas 09 foram publicadas até abril de 2015 conforme Quadro 1.

As publicações capturadas em periódicos com *Qualis* superiores, sendo a maioria de 44,44% (02 dissertações e 02 teses) em periódicos de *Qualis* A2, seguida de 22,22% (01 dissertação e 01 tese) em revistas científicas cujo *Qualis* foi A1 e B2, respectivamente. Apenas 11,12% (01 tese) foi publicada em revista de *Qualis* B1 (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização dos artigos oriundos das dissertações e teses sobre cultura de segurança do paciente, nos Programas de Pós-graduação *stricto sensu* na área de Enfermagem do Brasil. Brasil, 2015

Dissertação ou Tese	Artigo	Periódico	Qualis	Programa de Origem	Universidade	Estado	Região	Descritores	Ano de publicação	Tipo de estudo
Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes	Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva	Rev. Esc. Enferm. USP	A2	Doutorado em Enfermagem	Universidade de São Paulo - USP	SP	SE	Unidades de Terapia Intensiva. Equipe de enfermagem. Cuidados de enfermagem. Segurança do paciente.	2012	Qualitativo
Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes em saúde com base para a cultura de segurança do paciente	Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde.	Rev. Gaúcha Enferm.	B1	Doutorado em Enfermagem	Universidade de São Paulo - USP	SP	SE	Notificação. Gerenciamento de segurança. Segurança do paciente.	2013	Qualitativo
Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem	Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: Recomendações da enfermagem	Texto & Contexto Enferm.	A2	Mestrado em Enfermagem	Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC	SC	SUL	Segurança do paciente. Cultura. Unidades de terapia intensiva. Enfermagem.	2013	Quantitativo
Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas	Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico	Cogitare Enfermagem	B2	Mestrado em Enfermagem	Universidade Federal do Paraná - UFPR	PR	SUL	Cultura organizacional; Segurança do paciente; Centro cirúrgico hospitalar.	2015	Quantitativo.
Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança	Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem	Acta Paul enferm.	A2	Doutorado em Ciências	Universidade de São Paulo - USP	SP	SE	Percepção; Cultura organizacional; Gerenciamento de segurança	2012	Quantitativo
Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica	Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de Enfermagem de unidades cirúrgicas	Texto & Contexto Enferm.	A2	Mestrado em Enfermagem	Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC	SC	SUL	Segurança. Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Cultura. Unidades de internação.	2014	Quantitativo

Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal	Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica	Rev. Latino-Am. Enfermag em	A1	Mestrado em Enfermagem	Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC	SC	SUL	Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Enfermagem Neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.	2014	Quantitativo
A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil	A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil	Rev. Latino-Am. Enfermag em	A1	Doutorado em Enfermagem	Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRS	RS	SUL	Segurança Criança Hospitalização Erros Médicos Cuidadores Profissionais Saúde.	2012	Qualitativo
A segurança de pacientes na administração de medicamentos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital geral do interior paulista: a abordagem restaurativa em saúde	Segurança no preparo e na administração de medicamentos, à luz da pesquisa restaurativa em saúde	Reme	B2	Doutorado em Enfermagem	Universidade de São Paulo - USP	SP	SE	Gerenciamento de Segurança. Ambiente de Instituições de Saúde. Unidade de Terapia Intensiva. Sistemas de Medicação em Hospitais. Restauração Ambiental.	2013	Qualitativo

Na Tabela 1, fica evidenciada a concentração do conhecimento sobre cultura de segurança do paciente nas regiões Sul com 01 tese e 04 dissertações com artigos publicados em periódicos (55,55%), seguida da região Sudeste com 04 teses publicadas (44,45%). Faz-se necessário destacar que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, até o período pesquisado, não possuíam dissertações e teses com resultados publicados sob a forma de artigo científico.

Quanto ao tipo de estudo, 05 (55,55%) foram quantitativos, e 04 (44,45%) foram qualitativos (Tabela 1). Quanto ao grau de titulação, 06 (66,67%) eram fruto de dissertações de mestrado e 03 (33,33%), de teses de doutorado (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos artigos oriundos das dissertações e teses sobre cultura de segurança do paciente dos programas de Pós-Graduação *stricto sensu* na área de Enfermagem do Brasil por região, origem do artigo, método e ano de publicação. Brasil, 2015

Produção de artigos	2012		2013		2014		2015		N (%)
	Quantitativo (%)	Qualitativo (%)	Quantitativo (%)	Qualitativo (%)	Quantitativo (%)	Qualitativo (%)	Quantitativo (%)	Qualitativo (%)	
Dissertação									
Região									
Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Nordeste	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Sul	-	-	1	-	2	-	1	-	4 (44,45)
Sudeste	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Centro-Oeste	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Tese									
Região									
Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Nordeste	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Sul	-	1	-	-	-	-	-	-	1 (11,1)
Sudeste	1	1	1	1	-	-	-	-	4 (44,45)
Centro-Oeste	-	-	-	-	-	-	-	-	0
N (%)	1 (11,1)	2 (22,2)	2 (22,2)	1 (11,1)	2 (22,2)	0	1 (11,1)	0	9 (100)

Ao categorizar os descritores dos artigos oriundos das dissertações e teses sobre cultura de segurança do paciente dos Programas de Pós-graduação *stricto sensu* na área de Enfermagem do Brasil, evidenciou-se que 18 (50%) dos descritores estavam relacionados com a temática da **gestão**, seguidos de 08 (22,22%) relacionados ao **setor/área hospitalar**, 06 (16,67%) relacionados à **categoria profissional em saúde** e apenas 04 (11,11%) às questões da **assistência** direta (Tabela 2).

Tabela 2. Categorização dos artigos oriundos das dissertações e teses sobre cultura de segurança do paciente dos programas de Pós-Graduação *stricto sensu* na área de Enfermagem do Brasil segundo descritores. Brasil, 2015

Categoria	Descritores	Número de vezes que apareceu	N (%)
Assistência	Cuidados de enfermagem	2	4 (11,11)
	Criança Hospitalizada	1	
	Erros Médicos	1	
Setor/área hospitalar	Centro cirúrgico hospitalar	1	8 (22,22)
	Unidade de internação	1	
	Unidade de Terapia Intensiva	3	
	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	1	
	Ambiente de Instituições de Saúde	1	
	Restauração Ambiental	1	
		1	
Categoria profissional em saúde	Equipe de enfermagem	1	6 (16,67)
	Enfermagem	2	
	Cuidadores	1	
	Profissionais de Saúde	1	
	Enfermagem Neonatal	1	
Gestão	Cultura	2	18 (50)
	Gerenciamento de segurança	3	
	Segurança do paciente	5	
	Segurança	2	
	Notificação	1	
	Cultura organizacional	3	
	Sistema de Medicação em Hospitais	1	
	Percepção	1	
		1	
Total			36 (100)

Acerca dos objetivos dos artigos derivados das dissertações e teses, conforme Tabela 3, nota-se que 05 (41, 67%) estavam voltados para a **avaliação da cultura de segurança do paciente através de questionário**, seguidos 04 (33,33%) para as questões relacionadas à **notificação de eventos adversos**.

Tabela 3. Categorização dos artigos oriundos das dissertações e teses sobre cultura de segurança do paciente dos programas de Pós-Graduação *stricto sensu* na área de Enfermagem do Brasil segundo os objetivos. Brasil, 2015

Categorias	Objetivos	N (%)
Dimensionamento de pessoal de Enfermagem	Verificar a adequação entre a alocação da equipe de enfermagem e as horas de cuidado requeridas pelos pacientes	2 (16,67)
	Identificar a relação entre a alocação da equipe de enfermagem, por paciente	
Notificação de eventos adversos	Identificar a ocorrência de eventos adversos e incidentes	4 (33,33)
	Comparar dois tipos de notificação voluntária sobre incidentes que afetam a segurança dos pacientes, notificação manuscrita (NM) e	

	notificação informatizada (NI), quanto ao número, ao tipo de incidente relatado, notificador e qualidade dos relatos	
	Analisar como as acompanhantes/cuidadoras e profissionais da saúde reconhecem os eventos adversos nas circunstâncias de cuidado	
	Identificar os aspectos que a equipe de enfermagem entende como sendo fatores que contribuem para a segurança do paciente ou que, ao contrário, são vistos como barreiras para a administração segura de medicamentos	
Melhorias para segurança do paciente	Sistematizar as recomendações dos profissionais de enfermagem, a partir das respostas a esta questão: “cite três recomendações que você sugere para melhorar a segurança do paciente em sua unidade”	1 (8,33)
Avaliação da cultura de segurança do paciente através de questionário	Avaliar a percepção da cultura de segurança entre profissionais de saúde atuantes em unidades de centro cirúrgico	5 (41,67)
	Avaliar a percepção do clima de segurança dos profissionais da equipe de enfermagem, atuantes nas clínicas médicas e cirúrgicas de um hospital da Região Sudeste do País, por meio do Safety Attitudes Questionnaire, traduzido e validado para a língua portuguesa	
	Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica, de um hospital universitário, a partir do SAQ	
	Verificar a avaliação da cultura de segurança do paciente, de acordo com o cargo e tempo de trabalho das equipes de enfermagem e médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal	
	Obter a visão dos profissionais da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva (UTI), em relação ao ambiente assistencial no qual ocorrem os processos de preparo e de administração de medicamentos, segundo a abordagem da pesquisa restaurativa em saúde	
Total		12 (100)

Sobre a categorização dos artigos oriundos das dissertações e teses sobre cultura de segurança do paciente dos Programas de Pós-graduação *stricto sensu* na área de Enfermagem do Brasil segundo os resultados, encontra-se 03 (20%) relacionados à **participação dos gestores para promover uma cultura de segurança do paciente**, 02(13,33%) relacionados ao **uso de questionário de avaliação da cultura de segurança do paciente para identificar cultura** e 02 (13,33%), à **traçar estratégias para a segurança do paciente** (Tabela 4).

Tabela 4. Categorização dos artigos oriundos das dissertações e teses sobre cultura de segurança do paciente dos programas de Pós-Graduação *stricto sensu* na área de Enfermagem do Brasil segundo os resultados. Brasil, 2015

Categorias	Conclusões	N (%)
Dimensionamento de pessoal de enfermagem adequado para redução da ocorrência de eventos adversos	Quanto maior a diferença entre as horas disponíveis de enfermagem e requeridas de cuidado pelos pacientes, nas alocações de enfermagem, menor foi a frequência de eventos adversos e incidentes.	1 (6,67)
Importância da pesquisa sobre segurança do paciente	Permitiu investigar a sua influência na segurança do paciente crítico. Novas pesquisas possam ser desenvolvidas no Brasil a fim de conhecer o clima de segurança do paciente nos diversos setores hospitalares, propor novas ações para a	3 (20,0)

	discussão da temática e buscar, assim, a melhor qualidade no cuidado em saúde.	
	Líderes organizacionais, educadores, estudantes e pesquisadores com interesse em compreender os complexos e multifacetados fatores que influenciam a segurança do paciente poderão se beneficiar dos métodos empregados neste estudo.	
Redução da ocorrência de eventos adversos	Redução de incidentes, de riscos e danos aos pacientes, trazendo segurança aos usuários do sistema de saúde.	1 (6,67)
Informatização de notificação de eventos adversos	Permitiu investigar a sua influência na segurança do paciente crítico.	1 (6,67)
Uso de questionário de avaliação da cultura de segurança do paciente para identificar cultura	Necessidade de mais estudos com a utilização deste instrumento (HSPSOC), particularmente no Brasil, de modo a melhor avaliá-lo e se necessário realizar modificações, tendo em vista que foi criado nos Estados Unidos, a partir de sua cultura, realidade e necessidades específicas. O uso do SAQ constituiu ferramenta adequada para o diagnóstico situacional relativo à cultura de segurança nos centros cirúrgicos e cujos resultados contribuem para o planejamento de intervenções coerentes com as necessidades ou fragilidades identificadas.	2 (13,33)
Participação dos gestores para promover uma cultura de segurança do paciente	Essa mudança requer esforços e envolvimento de toda a instituição, principalmente por parte dos gestores, no sentido de incentivarem o relato dos erros e fortalecerem a cultura de não punição, proporcionando um ambiente de trabalho onde a segurança do paciente é valorizada. Os gestores e os administradores, nas esferas pública e privada, que desejem implantar uma cultura de aprendizagem para a segurança do paciente. A proposta do presente estudo é de que as instituições adotem uma gestão participativa, na qual os profissionais da linha de frente do atendimento possam atuar, de maneira integrada, junto aos líderes organizacionais na construção do conhecimento coletivo voltado para a identificação das fragilidades de seus sistemas e de seus ambientes com o propósito de traçarem novos caminhos para a resolução dos problemas que permeiam a segurança do paciente e dos profissionais.	3 (20,0)
Traçar estratégias para a segurança do paciente	Planejamento e desenvolvimento de estratégias para a segurança dos pacientes. Nota-se o início da construção de novas percepções culturais sobre a segurança do paciente. Priorizando tais políticas, o sistema de saúde deve oportunizar estratégias de segurança do paciente, sendo uma delas o relato dos erros. Por meio da comunicação dos erros e da cultura não punitiva, é possível identificar os fatores causais e implementar barreiras que diminuam as situações de risco.	2 (13,33)
Segurança do paciente no preparo e na administração de medicamentos	A experiência de utilizar a abordagem restaurativa em saúde auxiliou na compreensão das barreiras e das medidas facilitadoras voltadas para a segurança do paciente no preparo e na administração de medicamentos. Também permitiu repensar a segurança dos profissionais no contexto dos cuidados intensivos. Espera-se que a pesquisa restaurativa em saúde possa ser utilizada, futuramente, nos diversos cenários onde atua a equipe de enfermagem, com o propósito de viabilizar a segurança nos processos de preparo e de administração de medicamentos, a princípio, e a segurança do paciente de modo geral.	2 (13,33)
Total		15 (100)

DISCUSSÃO

Tendo a maioria das publicações sobre produção do conhecimento da Enfermagem do Brasil sobre cultura de segurança do paciente em periódicos cujo *Qualis* em Enfermagem é A1 e A2, constata-se a excelência da produção científica dos Programas de Pós-graduação *stricto sensu* em âmbito tanto internacional quanto nacional nas regiões Sul e Sudeste. As

demais publicações cujo *Qualis* foi B1 e B2 também são consideradas com bom grau de qualidade acerca da produção intelectual.

Quanto à titulação, infere-se que o maior quantitativo de publicações oriundas de dissertações deve-se ao fato da temática ser recente nos campos de estudo nos Programas de Pós-graduação em Enfermagem no Brasil.

A comunidade internacional atentou-se para a segurança do paciente, em 1991, caracterizada pela preocupação com a ocorrência de eventos adversos (EA), isto é, com lesões ou danos ao paciente decorrentes do cuidado de saúde evidenciados através dos resultados do Estudo da Prática Médica de Harvard⁽¹²⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) ao reconhecer a magnitude do fenômeno globalmente. Assim, o tema segurança do paciente vira foco de pesquisadores de todo o mundo assumindo uma dimensão fundamental para qualidade em saúde⁽¹²⁾.

Mesmo após o Ministério da Saúde (MS) do Brasil e a ANVISA aderirem às iniciativas proposta pela OMS e suas respectivas campanhas, a adesão das organizações hospitalares foi insuficiente, devido ao fato de não possuírem uma cultura organizacional construtiva, de aprendizado e direcionada para a segurança do paciente⁽¹³⁾.

Para legitimar e fortalecer todos os esforços tanto internacionais quanto nacionais em prol da segurança do paciente, em 2013, o MS do Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Este novo programa, diante da perspectiva moderna da prevenção quaternária em saúde, ou seja, detecção e intervenção fortemente ativas diante dos riscos e danos à saúde dos pacientes, almeja,

[...] estimular o olhar crítico para a segurança do paciente, com estabelecimento de metas específicas para prevenir danos evitáveis e minimizar riscos de incidentes, propõe-se o desenvolvimento de um programa nacional de segurança do paciente que esteja vinculada aos programas de qualidade do governo federal^(13:792).

No que tange ao método de pesquisa empregado, percebe-se que os pesquisadores têm optado mais pelos estudos quantitativos.

Acerca aos descritores dos artigos oriundos das dissertações e teses sobre cultura de segurança do paciente dos programas de Pós-Graduação *stricto sensu* na área de Enfermagem do Brasil tendo a categoria temática **gestão** destacou-se significativamente perante às demais. Isso evidencia o quanto este aspecto é fundamental para a segurança do paciente.

Considera-se [...] a segurança do paciente é prioridade nas instituições de saúde, sendo resultado de um sistema complexo que necessita de políticas e programas que estabeleçam medidas conjuntas de segurança, com posterior avaliação dos efeitos causados por sua efetivação^(4:8).

Logo, o aprimoramento organizacional em relação à cultura de segurança do paciente deve ser um compromisso da gestão hospitalar através do estabelecimento de políticas e procedimentos. O envolvimento de todos os profissionais de saúde também é essencial para a tomada de decisão⁽¹⁴⁾.

Sendo assim,

[...] o alto índice de concordância em relação ao apoio da alta administração no gerenciamento da segurança das instituições é fator importante, pois as correções das fragilidades certamente implicam não apenas melhorias processuais, mas também melhorias ambientais, tecnológicas e, portanto, necessitam de investimentos para que ocorram^(15:282).

Acerca dos objetivos das dissertações e teses, percentual expressivo estavam voltados para a **avaliação da cultura de segurança do paciente através de questionário** demonstra que o mesmo é instrumento de suma eficiência para diagnosticar a realidade das organizações hospitalares no que tange à cultura de segurança do paciente.

Medir a cultura de segurança de uma organização possibilita obter informações sobre as áreas com potencial de melhoria e auxilia o monitoramento ao longo do tempo. Dentre as inúmeras ferramentas utilizadas, o questionário possui a maior quantidade de evidências empíricas sobre sua utilização. Investigações que utilizam esta ferramenta têm obtido resultados quanto às áreas de força, assim como áreas com potencial de melhoria conforme evidenciado nas diversas pesquisas publicadas. Os questionários são bastante úteis como ponto de partida para suscitar o debate nas organizações hospitalares sobre a temática, bem como proporciona o aumento do perfil de segurança das mesmas⁽¹⁶⁾.

A aplicação de questionários para mensurar a cultura de segurança é uma ferramenta importante para avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente. Permite também aferir os resultados obtidos após implementação de intervenções, tais como treinamento de equipes e atividades que possam minimizar o estresse dos profissionais⁽¹⁷⁾.

Tal instrumento possibilita medir objetivamente a cultura de segurança do paciente nas organizações hospitalares, facilitando identificar as áreas com potencial de melhoria prioritárias para implementar estratégias voltadas para garantir a segurança do paciente através da mudança de cultura organizacional, cujo objetivo é favorecer ações coerentes e os comportamentos mais adequados, tendo atitudes e normas como fundamentais para um ambiente seguro⁽¹⁸⁾.

Ainda sobre os objetivos, também foram significativos os percentuais relacionados à **notificação de eventos adversos**. A identificação dos riscos através do registro e análise sistemática dos erros, enganos ou falhas, possibilita o enfrentamento destes incidentes que comprometem a segurança do paciente nos serviços de saúde. Faz-se necessário compreender os diversos fatores desencadeantes dessas ocorrências, bem como sua magnitude e abrangência a fim traçar ações em prol de minimizar e prevenir a ocorrência de novos incidentes que venham a comprometer a qualidade da assistência prestada e, por conseguinte, a segurança do paciente⁽¹⁹⁾.

Portanto “[...] a ocorrência desses eventos adversos, durante o cuidado de enfermagem [...] está associada com o prolongamento significativo da permanência no hospital e aumento nas despesas médicas”^(20:2).

Corroborar-se com esta lógica ao expressar que:

[...] torna-se deveras relevante o relato dos erros das práticas clínicas a nível institucional, não no sentido de culpabilização, mas com a finalidade de se criar uma cultura positiva face ao erro, de modo a aprendermos e modificarmos comportamentos que permitam desenvolver a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, contribuir para a segurança dos doentes^(21:257).

Sobre a categorização dos artigos oriundos das dissertações e teses sobre cultura de segurança do paciente dos Programas de Pós-graduação *stricto sensu* na área de Enfermagem do Brasil segundo os resultados, evidenciou-se certo equilíbrio entre as categorias: **participação dos gestores para promover uma cultura de segurança do paciente, uso de questionário de avaliação da cultura de segurança do paciente para identificar cultura e traçar estratégias para a segurança do paciente**.

Os dados supracitados e suas inter-relações confirmam que “[...] para que a cultura de segurança do paciente se efetive de maneira positiva é necessário um engajamento em níveis político; estratégico; e operacional do hospital, em uma mobilização integrada, que envolva a gestão hospitalar e os demais trabalhadores”^(22:441).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Necessário se faz por maior envolvimento e produção de conhecimento nos Programas de Pós-graduação em Enfermagem brasileira, principalmente das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste sobre relevante temática que é a cultura de segurança do paciente.

Este assunto deve ser prioritário para as pesquisas em Enfermagem e em Saúde. É preciso produzir mais evidências científicas e fundamentos teóricos que instrumentalizem os gestores dos serviços de saúde no desenvolvimento de estratégias em prol do aprendizado organizacional participativo em prol de promover a melhoria contínua das práticas assistenciais e prevenção de eventos adversos a fim oferecer um cuidado de qualidade e de garantir a segurança do paciente.

Recomenda-se o uso de questionários para verificar a cultura de segurança do paciente nas organizações e avaliar os resultados obtidos após a implantação das ações de melhoria. Este uso deve ser tanto no sentido de adequá-los conforme a realidade nacional quanto possibilitar a realização de diagnóstico situacional através da mensuração objetiva potencialidades e fragilidades dos serviços de saúde.

Notou-se a ausência de estudos que apresentem resultados referentes à mudança de cultura organizações após o diagnóstico e fomento de pensamento colaborativo coletivo a favor das melhorias necessárias para a segurança do paciente, o que possibilitará o *benchmarking* entre as organizações.

REFERÊNCIAS

1. Kurcgant P, Massarollo, MCKB. Cultura e poder nas organizações de saúde. Gerenciamento em enfermagem. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, p. 23-33.
2. Bernardes AG, Pelliccioli EC, Guareschi NMF. Trabalho e produção de saúde: práticas de liberdade e formas de governabilidade. *Psicol Soc.* [Internet]. 2010; 22(1). [acesso em 23 abr 2015]. Disponível:<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/98792/000755375.pdf?sequence=1>
3. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Internet]. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática; 2013. [acesso 22 set 2013]. Disponível: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>
4. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2016 37(1) [acesso em 11 abr 2016]. Disponível: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/55716>
5. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 25 jul 2013. [Internet] [acesso 2 mai 2014]. Disponível: [http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2013-08/rdc_36-2013_-_seguranca_do_paciente_26_07_2013\[1\].pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2013-08/rdc_36-2013_-_seguranca_do_paciente_26_07_2013[1].pdf)

6. Clinco SDO. O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. [dissertação]. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2007. [acesso 22 fev 2014]. Disponível: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4900/106674.pdf?sequence=1>
7. Leão, ER et al. Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.
8. Fleury MT, Fischer RM. Cultura e poder nas organizações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996. Reimpressão, 2006.
9. Gomes MP. Antropologia: ciência do homem: filosofia da cultura. 1ª reimpressão. São Paulo: Contexto; 2008.
10. Batalha EMSS. A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital universitário [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012. 154 f. [acesso 21 fev 2014]. Disponível: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-03012013-105906/pt-br.php>
11. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Classificação da produção intelectual publicado. Brasília (Brasil): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); [Internet] 2014 [acesso 13 abr 2016]. Disponível: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/classificacao-da-producao-intelectual>
12. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013; 18 (7). [acesso em 17 nov 2013]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>
13. Capucho HC, Cassiani SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. Rev Saúde Pública. [Internet]. 2013 [acesso 11 ago 2015];47(4):791-8. Disponível: DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004402
14. Tobias QGC, Bezerra ALQ, Branquinho NCS, Silva AEBC. Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. Enfermería Global. [Internet] 2014 [acesso 22 fev 2014]; 33. Disponível: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/pt_revision1.pdf
15. Françolin L et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2015 [acesso 27 jun 2015]; 49(2). Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf
16. The Health Foundation Originally published as Research scan: Measuring safety culture. [Internet] 2011. [acesso 14 abr 2016]. Disponível: <http://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf>
17. Rigobello MCG et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta paul. Enferm, [Internet] 2012 [acesso 22 fev 2014]; 25(5). Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000500013&script=sci_arttext

18. Vincent, C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. Tradução: Rogério Videira. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009
19. Lima FSS et al. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermeira. *Enfermería Global*. [Internet] 2014 [acesso 27 jun 2015]; 35. Disponível: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/revision2.pdf>
20. Lobão WM, Menezes IG. Análise psicométrica da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos no cuidado de enfermagem em UTI. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2013 [acesso 17 abr 2016]; 2(1). Disponível: www.eerp.usp.br/rlae http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a15.pdf
21. Queirós, PJP. Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos. Candeias Artes Gráficas [Internet] 2012 [acesso em 22 fev 2014]. Disponível: http://www.esebb.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2328&id_revista=19&id_edicao=48
22. Batalha EMSS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2015 [acesso 10 jul 2015]; 24(2):432-441. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>

4.2 ARTIGO 2

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR*

*Artigo extraído da dissertação intitulada: Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. Escola de Enfermagem – Universidade Federal da Bahia, 2016.

RESUMO: Estudo do tipo *survey* realizado em maio de 2015 que descreveu a cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. Do total de 511 profissionais de enfermagem, 267 pessoas compuseram a amostra aleatória, 128 atenderam aos critérios de inclusão e responderam ao Questionário “Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais”, perfazendo taxa de resposta de 47,94%. Das dimensões da cultura de segurança, destacaram-se com respostas negativas, “Trabalho em equipe na unidade” com 67% (338), “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” com 66,3% (330), “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”, 53,8% (198) e “Transferências internas e passagens de plantão” com 50,9% (255), representando as principais áreas com potencial de melhoria. Não houve dimensões com respostas globais positivas definidas com área de força. Urge responsabilidade compartilhada em implementar estratégias que visem corrigir as fragilidades encontradas em prol de uma assistência qualificada, eficaz, efetiva e segura.

DESCRITORES: Cultura; Cultura organizacional; Hospital; Segurança do paciente; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Nos tempos atuais, a assistência à saúde perpassa não apenas pelos aspectos técnico-científicos, como também por um conjunto de dimensões que explicitam a cultura organizacional de cada serviço de saúde, em particular de cada organização hospitalar. O hospital é considerado, entre as organizações existentes, uma das mais complexas, cujo funcionamento se dá por meio da interação entre os setores envolvidos e a necessidade de harmonizar os processos operacionais para construção do almejado produto final. Em outras palavras, desenvolver ações que promovam, com responsabilidade, qualidade e segurança no atendimento ao paciente que procurou o serviço em busca de bem-estar e saúde. A conjunção simultânea de fatores técnicos, operacionais e ambientais associadas ao potencial humano, tem por objetivo encontrar as melhores práticas para o pronto restabelecimento do paciente e seu mais breve retorno à família e à sociedade⁽¹⁾.

Entende-se cultura de segurança como um dos valores da cultura organizacional cujo objetivo é favorecer ações coerentes e comportamentos mais adequados, tendo atitudes e normas como fundamentais para um ambiente seguro. Mas esta cultura de segurança pode se apresentar diferente entre subgrupos das organizações, como por exemplo, setores e categorias profissionais que possuem sua própria cultura e *modus operandi* regidos por códigos disciplinares específicos. Além das atitudes e valores individuais dos membros da organização, o comprometimento e envolvimento do *staff* executivo, tático e operacional com a segurança influenciam diretamente no cotidiano, já que esta precisa ser renovada diariamente devido a sua característica perecível⁽²⁾.

Define-se segurança do paciente como redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde⁽³⁾. Conforme o *The Canadian Patient Safety Dictionary*, segurança do paciente corresponde nas organizações de saúde: à redução e mitigação de atos não seguros, de erros não-intencionais; aplicação de boas práticas baseadas nas condições de estrutura e processos de trabalho, dos serviços de saúde, que reduzam os riscos e eventos adversos no cuidado, em prol de obter resultados satisfatórios para os pacientes⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva, a segurança do paciente torna-se foco de pesquisadores de todo o mundo assumindo uma dimensão fundamental para qualidade em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) ao reconhecer globalmente a magnitude do fenômeno⁽⁵⁾.

A cultura de segurança define-se através do comportamento individual e compartilhado dos membros da organização, conforme o comprometimento e responsabilidade destes, na oferta de serviço qualificado e seguro, independente da posição hierárquica⁽⁶⁾. Nesta perspectiva

[...] a cultura de segurança do paciente tem recebido crescente atenção no campo das organizações de saúde. Os cuidados de saúde, cada vez mais complexos, elevam o potencial de ocorrência de incidentes, erros ou falhas, particularmente em hospitais. Uma cultura de segurança fortalecida no âmbito hospitalar emerge como um dos requisitos essenciais para melhorar a qualidade do cuidado de saúde ^(7:152).

Este fato aponta para a necessidade de mudança nas organizações hospitalares, de acordo com cada cultura organizacional, por meio de estratégias de gestão, processos inovadores em prol da cultura de segurança do paciente, que considerem os fatores facilitadores e dificultadores, tais como:

[...] pessoas, ideias, padrões de relacionamento e tempo. Pode-se dizer que em certos ambientes existe uma cultura organizacional que favorece a mudança e a inovação e em outros não. A criação de um ambiente seguro para pacientes e profissionais requer um plano estratégico, liderança e trabalho em equipe ^(8:356).

Logo, considera-se uma organização hospitalar segura quando há esforço e cooperação coletiva de todos os profissionais de saúde, em todos os níveis. Para legitimar e fortalecer os esforços internacionais e nacionais em prol da segurança do paciente, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.

Este novo programa almeja

[...] estimular o olhar crítico para a segurança do paciente, com estabelecimento de metas específicas para prevenir danos evitáveis e minimizar riscos de incidentes, propõe-se o desenvolvimento de um programa nacional de segurança do paciente que esteja vinculada aos programas de qualidade do governo federal. Tal programa deve envolver, no mínimo, o Ministério da Saúde, a ANVISA, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Ministério da Educação, sendo o último um importante aliado para a formação de profissionais de saúde, especialmente nos hospitais de ensino ^(9:793).

O “PNSP visa, especialmente, prevenir, monitorar e reduzir a incidência de EAs nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde do País” ^(10:12).

Assim, “conhecer a cultura de segurança de prestadores do cuidado em saúde implica, diretamente, nas atividades de promoção da segurança do paciente” ^(11:130).

Diante do exposto, definiu-se como objeto de estudo a cultura de segurança do paciente em uma organização hospitalar.

Partiu-se da seguinte questão de pesquisa: “Qual a cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública localizada na cidade de Feira de Santana-Bahia?” Foi definido como objetivo descrever a cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública localizada na cidade de Feira de Santana-Bahia.

Esta pesquisa contribuirá para: a consolidação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), ampliação do conhecimento sobre a temática, melhoria dos processos de formação e de capacitação dos profissionais de saúde, melhoria da qualidade da assistência e do gerenciamento hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal do tipo *survey*, de natureza descritiva. A organização hospitalar escolhida foi um hospital público geral, de grande porte, referência em média e alta complexidade no Estado da Bahia e cadastrado no SUS (Sistema Único de Saúde) localizado na cidade de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

A população foi constituída dos 562 trabalhadores de enfermagem, atuantes na organização hospitalar (154 enfermeiros, 226 técnicos de enfermagem, 177 auxiliares de enfermagem e 05 atendentes de enfermagem).

A amostra não-probabilística, por conveniência, foi composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, convidados aleatoriamente 267 que estavam presentes durante o período de coleta. Destes, 128 constituíram a amostra correspondendo a 47,94% dos convidados/respondentes. Os participantes foram identificados pela letra “Q” (questionário) acompanhada por numeral arábico, conforme os instrumentos iam sendo devolvidos.

O critério de inclusão dos participantes foi possuir vínculo com a organização hospitalar há pelo menos um ano, por considerar que este período é suficiente para exposição e assimilação da cultura de segurança do paciente nesta organização hospitalar⁽¹²⁻¹³⁾.

Foram excluídos profissionais que estavam de férias, licença médica, licença maternidade e paternidade, liberados para cursos de longa duração (especialização, mestrado e doutorado). Entre estes um enfermeiro que havia acabado de receber a aposentadoria e outros 50 estavam afastados no mês de maio de 2015 (período da coleta) por motivo de licença médica, prêmio e maternidade e férias. Partiu-se do entendimento de que o distanciamento do profissional da atual dinâmica da organização hospitalar pode interferir nos dados colhidos e nas respostas ao inquérito no momento da pesquisa⁽¹⁴⁾.

A aplicação dos questionários ocorreu na primeira quinzena do mês de maio de 2015, após aprovação da administração do hospital. Para acesso aos participantes foram efetuadas visitas diárias a todas as unidades do hospital, no turno diurno. Os questionários e o TCLE foram entregues pessoalmente pela pesquisadora.

Ao serem devolvidos, os questionários foram numerados e os dados transcritos para o software *Microsoft Excel* 2010, em tabela adaptada a partir da elaborada pelo Premier, como ferramenta auxiliar das organizações hospitalares especificamente no armazenamento, processamento e análise dos dados do questionário “Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais” (HSOPSC).

Foram considerados completos questionários que tiveram suas questões respondidas em 50% ou mais das opções. A taxa de resposta, isto é, o quantitativo de questionários não respondidos e não encontrados, foi calculada a partir da subtração entre o total de questionários disponibilizados e o total de respondidos. Foram considerados como perdas aqueles questionários preenchidos inadequadamente ou incompletos, ao término de 02 semanas, período do encerramento da coleta de dados.

Após o término da transcrição, os dados foram exportados para o *IBM Statistical Package for the Social Sciences* 20.0 pelo qual foi realizado o tratamento dos dados.

Na análise descritiva, as variáveis quantitativas foram representadas por suas médias e desvios-padrão quando suas distribuições eram normais e por medianas e quartis quando não apresentavam curva normal. A definição de normalidade foi feita através de análise gráfica e teste de *Shapiro-Wilk*. As variáveis categóricas foram representadas através de frequências e porcentagens. Variáveis ordinais foram descritas através de tabelas e figuras, quando julgado pertinente, mantendo as categorias originais individualizadas.

As análises por dimensão foram feitas após obtenção dos resultados para as perguntas com ordem inversa, nas quais uma resposta mais baixa indicava maior grau de segurança (sinalizadas com letra "R").

Os resultados da pesquisa estão exibidos da seguinte forma:

- Caracterização das variáveis características profissionais dos participantes: apresentada em forma de tabela com frequência e mediana por categoria profissional dos participantes da pesquisa.
- Respostas às questões por dimensões da cultura de segurança e de resultado: apresentadas graficamente as frequências de respostas positiva/fortemente positiva, neutra ou negativa/fortemente negativa para cada pergunta, no que tange aos resultados globais.
- Composto Scores: frequência de respostas agrupadas por dimensões de cultura de segurança e resultado representada graficamente.
- Foram apresentadas as frequências de respostas positiva/fortemente positiva, neutra ou negativa/fortemente negativa por categoria para cada pergunta, no que tange aos resultados globais dos itens.

No que tange à “Seção A – Sua área/unidade de trabalho”, as questões foram correlacionadas às nomenclaturas utilizadas pela organização hospitalar da seguinte forma:

- “a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica” e “n. Outra, por favor especifique”: Ambulatório, Banco de Leite, Central de Material Esterilizado, Diretoria de Enfermagem, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Vigilância Epidemiológica - devido ao baixo número de respondentes para estes;
- “b. Clínica (não cirúrgica): Unidade de Clínica Médica e Clínica Neurológica;
- “c. Cirurgia”: Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica e Clínica Ortopédica;
- “d. Obstetrícia”: Centro Obstétrico, Clínica Materno-Infantil e Mãe-Canguru.
- “f. Setor de Emergência”: Triagem, Sala Vermelha, Estabilização, Pequena Cirurgia, Pronto-Atendimento Feminino, Pronto-Atendimento Masculino, Ortopedia (Emergência).
- “g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)”: UTI 1, UTI 2, UTI Neonatal e Berçário.
- As questões “e. Pediatria”, “h. Psiquiatria”, “i. Reabilitação”, “j. Farmácia”, “k. Laboratório”, “l. Radiologia” e “m. Anestesia” não tiveram respondentes.

A pesquisa e seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram aprovados em 15/04/2015, sob Parecer Consubstanciado nº 1.022.831, do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

RESULTADOS

Obteve-se uma taxa de resposta de 47,94% referente aos 128 questionários respondidos. De acordo com a Tabela 1, os participantes do estudo são 97,6% (121) do sexo feminino, encontram-se na faixa etária de 32-44 anos com mediana de 37, e trabalham entre 6-18 anos, com tempo médio de 10 anos, 58,7% (74) possui de 1 (um) a 5 (cinco) anos de

vínculo com o hospital, 58,3% (74) possuem de 1 (um) a 5 (cinco) anos de atuação na área/unidade, 70,9% (90) trabalham de 20 a 39 horas/semana neste hospital.

Do total, 56,5% (70) são técnicos de enfermagem e 37,1% (46) são enfermeiras e a maioria informa ter interação ou contato direto com os pacientes, totalizando 94,4% (118). Sobre o grau de instrução 38,4% (48) possuem pós-graduação em nível *lato sensu* e 6,4% possui pós-graduação *stricto sensu*.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de vínculo com a organização hospitalar da equipe de enfermagem. Salvador, BA, Brasil, 2016

Característica	Total (N = 128)
Sexo feminino	121 (97,6)
Idade Mediana (quartis)	37 (32 – 44)
Cargo	
Enfermeiro	46 (37,1)
Técnico de enfermagem	70 (56,5)
Auxiliar de enfermagem	8 (6,5)
Escolaridade	
Segundo grau completo	36 (28,8)
Ensino superior incompleto	12 (9,6)
Ensino superior completo	21 (16,8)
Pós-graduação (Especialização)	48 (38,4)
Pós-graduação (Mestrado ou Doutorado)	8 (6,4)
Tempo de vinculação	
1 a 5 anos	74 (58,7)
6 a 10 anos	25 (19,8)
11 a 15 anos	6 (4,8)
16 a 20 anos	8 (6,3)
21 anos ou mais	13 (10,3)
Tempo na área	
Menos de 1 ano	14 (11)
1 a 5 anos	74 (58,3)
6 a 10 anos	20 (15,7)
11 a 15 anos	8 (6,3)
16 a 20 anos	5 (3,9)
21 anos ou mais	6 (4,7)
Horas/semana de trabalho neste hospital	
Menos de 20	3 (2,4)
20 a 39	90 (70,9)
40 a 59	28 (22)
60 a 79	3 (2,4)

80 a 99	1 (0,8)
100 ou mais	2 (1,6)
Interação ou contato direto com pacientes	118 (94,4)
Tempo de profissão	10 (6 – 18)
Mediana (quartis)	

A Tabela 2 apresenta o local de atuação dos participantes do estudo. A Unidade de Terapia Intensiva se destaca com 24% (30) profissionais, seguida das unidades de Emergência com 22,4% (28).

Tabela 2 – Setor de trabalho da equipe de enfermagem na organização hospitalar. Salvador - BA, Brasil, 2016

Característica	Frequência	Percentual
Clínica	10	8
Cirurgia	22	17,6
Obstetrícia	17	13,6
Emergência	28	22,4
UTI	30	24
Outros	18	14,4

Na Figura 1 verifica-se que 87,8% (108) dos profissionais informaram não ter feito nenhuma comunicação sobre eventos nos últimos 12 meses.

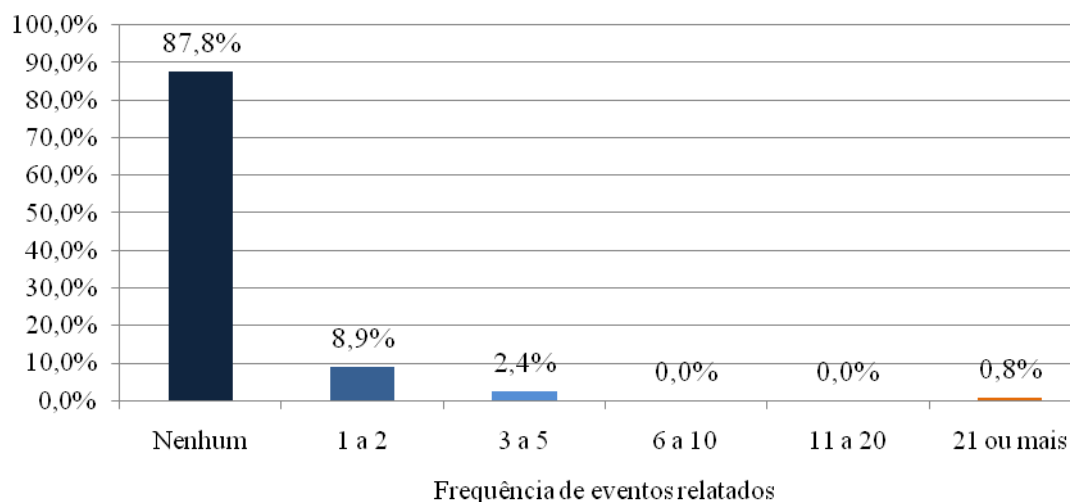


Figura 1 – Frequência de eventos notificados. Salvador – BA, Brasil, 2016

Na Figura 2 constata-se que a frequência de nota regular para a segurança do paciente, com 47,9% (56), sendo a maior frequência de respostas nesta questão.

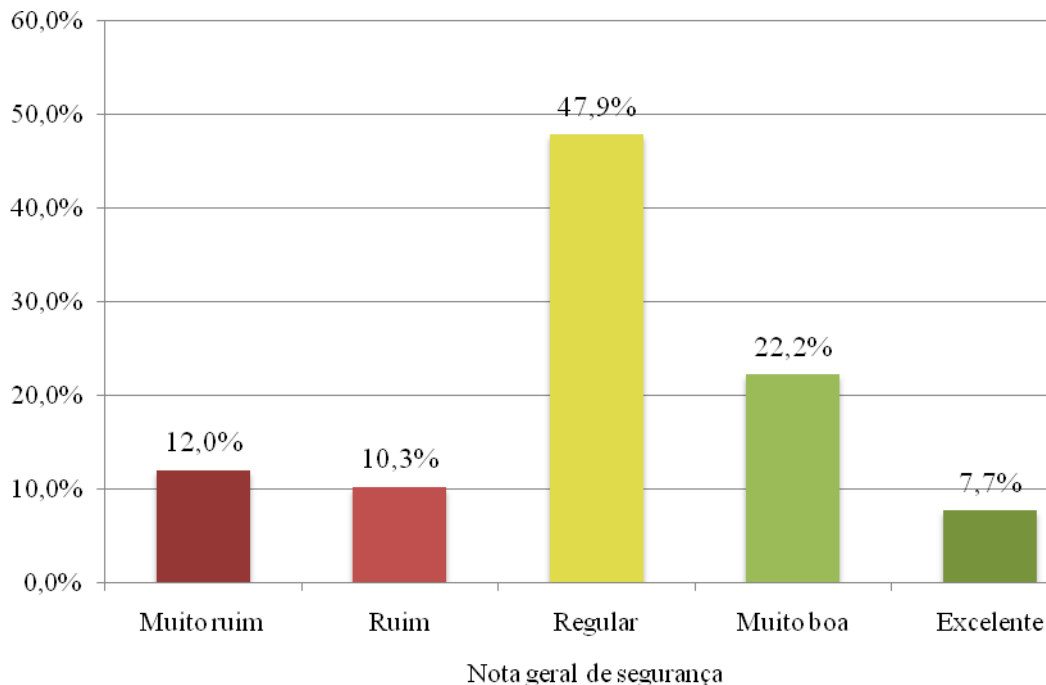


Figura 2 – Nota de segurança do paciente. Salvador, BA, Brasil, 2016

Na Figura 3 observa-se que a composição das respostas agrupadas por dimensões da cultura de segurança, destacam-se, pelo percentual de respostas negativas superiores a 50%, as dimensões “Trabalho em equipe na unidade” com 67% (338), “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” com 66,3% (330), “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”, 53,8% (198) e “Transferências internas e passagens de plantão” com 50,9% (255), representando as principais áreas com potencial de melhoria. Nesta mesma figura, não houve dimensões com respostas globais positivas iguais ou superiores a 75% definidas com área de força.

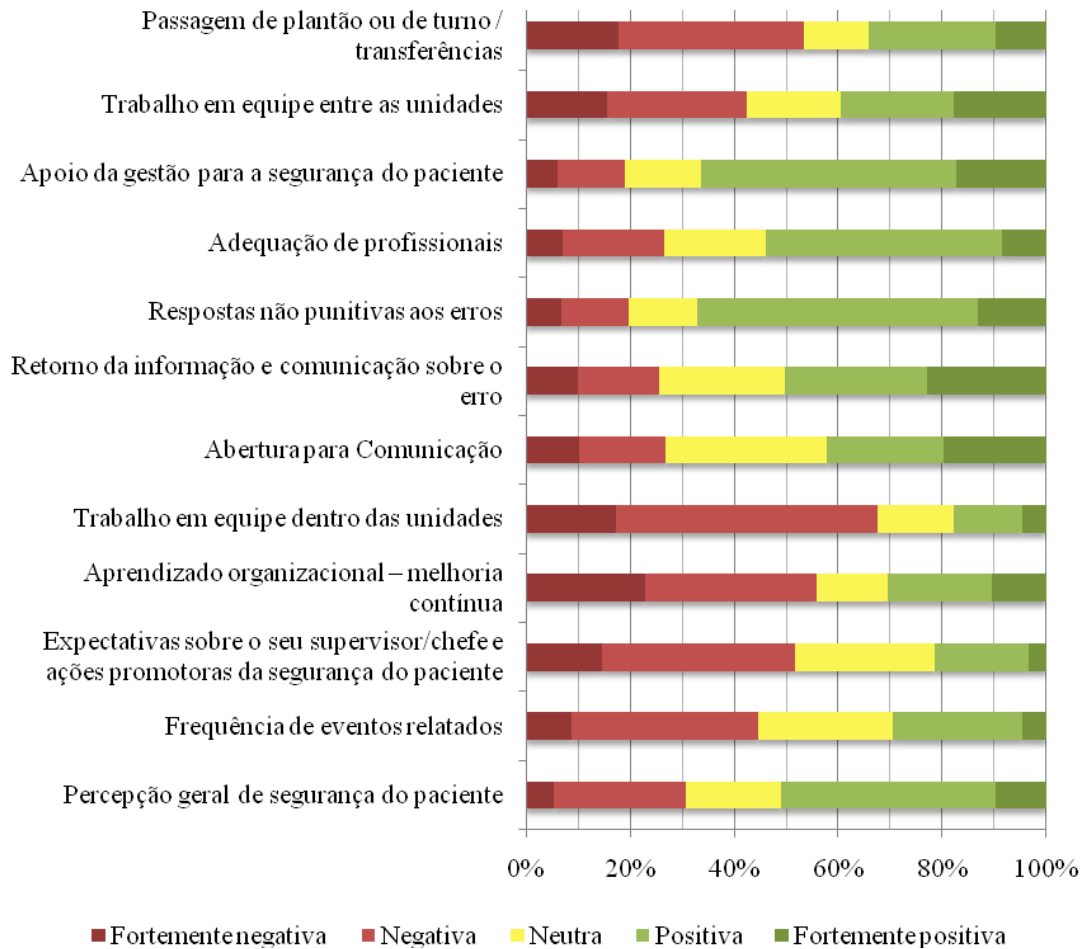


Figura 3 – Composição das respostas agrupadas por dimensões da cultura de segurança de resultado. Salvador, BA, Brasil, 2016

DISCUSSÃO

O perfil dos participantes desta pesquisa difere de estudo realizado em hospital de ensino do estado de São Paulo em 2012, cuja caracterização dos participantes da pesquisa possuía a faixa etária predominante de 26 a 35 anos, denotando um grupo mais jovem de profissionais⁽¹⁵⁾. Nesta pesquisa os profissionais estão na faixa etária superior.

Quanto ao grau de escolaridade, o grupo de enfermeiros desse estudo apresentou resultado significativo quanto à quantidade de profissionais com pós-graduação *lato sensu*, incluindo aqueles cujo vínculo com a organização hospitalar é como técnico de enfermagem,

diferindo do estudo sobre cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino cujo número majoritário foi do ensino médio completo⁽¹⁵⁾.

Obteve-se maior quantitativo de técnicos de enfermagem, seguido de enfermeiros e auxiliares de enfermagem com quantitativo pouco expressivo. Já no estudo supracitado⁽¹⁵⁾ a categoria profissional predominante foi de auxiliares de enfermagem, seguida de técnicos de enfermagem, e por fim a de enfermeiros⁽¹⁵⁾.

Quanto ao sexo dos profissionais, o maior percentual foi do sexo feminino, característico da profissão e corrobora com a pesquisa já citada⁽¹⁵⁾ que apresenta também a maioria foi do sexo feminino (74,5%), contudo já se observa inserção mais significativa do sexo masculino.

Quanto à distribuição dos participantes nas unidades do hospital, este estudo se diferencia do estudo sobre a cultura de segurança do paciente em hospitais espanhóis em que a unidade mais participante foi a Clínica (não-cirúrgica)⁽¹⁶⁾.

A maioria dos participantes desta pesquisa tinham contato direto com os pacientes, assemelhando-se aos achados do referido estudo espanhol com 92,2%⁽¹⁶⁾. Mas parte dos participantes trabalham de 20 a 39 horas/semana no hospital, de acordo com os regimes contratuais de carga horária da enfermagem com contratos de 20 horas, 30 horas e 36 horas semanais, ratificando os achados do estudo do *Ministerio de la Sanidad y Consumo*⁽¹⁶⁾ cujos resultados estão acima desta faixa com 57,2%.

Nesta pesquisa a maioria dos profissionais possuem de 1 (um) a 5 (cinco) anos de vínculo com o hospital, diverge do estudo do *Ministerio de la Sanidad y Consumo*⁽¹⁶⁾, em que 23,2% possui 21 anos ou mais de vínculo com o hospital.

Quanto ao tempo na área/unidade, um maior percentual possui de 1 (um) a 5 (cinco) anos diferindo do estudo do *Ministério de la Sanidad y Consumo*⁽¹⁶⁾, em que 20,0% atuavam entre 6 a 10 anos na mesma unidade.

Sobre notificações de eventos nos últimos 12 meses, encontrou-se vulnerabilidade significativa, pois a não-informação foi elevada (87,8%). Logo, infere-se que uma cultura organizacional punitiva, pautada na culpabilização, “poderá causar omissão dos relatos desses eventos, dificultando a construção de uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente”^(17:278). No estudo da Fiocruz, obteve-se resultado semelhante: “78% relataram nenhum evento nos últimos 12 meses, configurando forte assimetria na resposta a esse item”^(7:80).

A percepção geral de segurança apresentou-se pela frequência de nota regular (47,9%), sendo a maior frequência de respostas nesta questão. Este valor, muito próximo a 50%, se somado aos 10,3% que consideraram ruim e 12% muito ruim, considera-se, de modo geral, frágil a segurança do paciente na organização pesquisada. Portanto, corrobora-se com estudos que salientam a necessidade de implantar estratégias voltadas para melhoria da qualidade assistencial, associadas a mecanismos de controle e monitorização das ações, juntamente com compromisso, transparência e responsabilidade coletiva para subsidiar a gestão de riscos e alcançar melhor percepção da segurança do paciente⁽⁸⁾.

A dimensão “Trabalho em equipe na unidade” apresentou resultados globais de respostas negativas expressivos, logo apresenta-se com área com potencial de melhoria. O estudo de revisão sobre o aspecto atual da cultura de segurança do paciente⁽¹⁸⁾ destaca que o trabalho em equipe associado ao comprometimento individual de cada profissional confirma o princípio de Hipócrates de não causar dano ao paciente, considerado um fator de proteção para segurança do paciente.

O trabalho em equipe integrativo e cooperativo entre profissionais de enfermagem, assim como o respeito mútuo aos limites e tempo individual de cada um na realização de tarefas, são essenciais para subsidiar o cuidado seguro e qualificado pela Enfermagem, bem como alto grau de satisfação dos profissionais e redução das taxas de mortalidade⁽¹³⁾.

No que tange à dimensão “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”, o percentual significativo de respostas negativas leva a classificar esta dimensão como área com potencial de melhoria. Estudo bibliométrico sobre cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde salienta que cabe aos líderes oferecer suporte necessário para que sua equipe possa “[...] trabalhar em condições adequadas, que minimizem a ocorrência de erros e de danos para os usuários do serviço”⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva, enfermeiros, enquanto líderes da equipe de enfermagem, devem capitanear, incentivar e apoiar os membros de sua equipe no desenvolvimento dos processos assistenciais em prol da segurança, favorecendo a obtenção dos melhores resultados para o paciente. No interior das organizações hospitalares, os enfermeiros representam o principal elo no desempenho das ações, sendo responsáveis pela garantia dos recursos necessários, identificar e promover valores coletivos, defender e moldar a cultura organizacional para o seu bom desempenho⁽¹³⁾.

A dimensão “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” cujo quantitativo de respostas negativas foi consideravelmente representativo, mesmo com percentuais individuais das respostas sem destaque, conforme critérios preconizados foi considerada área com potencial de melhoria.

Esta dimensão exhibe o envolvimento organizacional frente à busca contínua por soluções para sanar as dificuldades que comprometam a melhoria da assistência. Este envolvimento evolui a partir do momento que a cultura de segurança do paciente amadurece. Tal amadurecimento é explicitado pelas ações proativas de identificação e instituição de ações que minimizem os riscos e eventos, entendendo-as com oportunidades de melhoria, numa perspectiva educativa constante⁽¹⁹⁾.

As características das organizações hospitalares estão relacionadas às suas respectivas culturas. Isto impacta na qualidade da assistência e nas tomadas de decisão estratégicas pelos

gestores hospitalares que devem ser alicerçadas na compreensão dos fatores, processos e direcionadas a manter serviços de saúde seguros para seus pacientes. Para tal, estes gestores devem implementar ações que visem prevenir, detectar e atenuar riscos de danos a que os pacientes estão expostos⁽⁸⁾.

Nesta perspectiva, profissionais e gestores hospitalares devem estar comprometidos em garantir uma assistência segura para os pacientes e os profissionais de saúde, com a promoção do aprendizado organizacional, da melhoria contínua das práticas assistenciais e gerenciais nas organizações hospitalares⁽¹⁷⁾.

A dimensão “Transferências internas e passagens de plantão” obteve respostas negativas também vultosas, indicativas de área com potencial de melhoria. O estudo sobre a comunicação na passagem de plantão da equipe de enfermagem e os fatores relacionados à segurança do paciente⁽²⁰⁾ afirma que “os comportamentos/atitudes dos profissionais durante as passagens de plantão e os conhecimentos/percepções dos profissionais quanto à importância da comunicação durante as passagens de plantão e à segurança do paciente” interferem na segurança do paciente. Constata-se que a segurança do paciente pode estar comprometida nesta organização hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados descritivos, não foram identificadas áreas de força. Foram identificadas 04 áreas com potencial de melhoria.

Uma organização hospitalar cuja cultura de segurança do paciente ao ser descrita não apresenta nenhuma dimensão como área de força (75% ou mais de respostas positivas) e apresenta 04 de 12 das suas dimensões como áreas prioritárias com potencial de melhoria (50% ou mais de respostas negativas), entende-se que esta organização possui uma cultura de segurança fragilizada, de caráter punitivo face à falibilidade humana. Este fato inibe a

notificação dos erros, a oportunidade de aprimoramento da equipe, e a promoção de uma assistência à saúde segura.

Constata-se que a segurança do paciente está comprometida nesta organização hospitalar. Isso requer maior envolvimento dos profissionais desta organização no desenvolvimento de estratégias para o aprendizado organizacional e melhoria contínua, alicerçadas no Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Sugere-se minimizar fragilidades, melhorar a qualidade e segurança dos serviços ofertados, compartilhar responsabilidades entre todos os envolvidos no cuidado, direta ou indiretamente, para garantir a segurança do paciente nesta organização.

Esta pesquisa teve como limitações: a restrição de acesso à população no período noturno e finais de semana, dificuldade de maior adesão da população devido à extensão do questionário, assim como algumas questões de difícil compreensão.

REFERÊNCIAS

1. Marx LC. Manual de gerenciamento de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: EPUB; 2003.
2. Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. Trad. Rogério Videira. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2009.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n°. 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 1 de abr. de 2013.
4. Davies JM, Hébert P, Hoffman C. The Canadian Patient Safety Dictionary. Ottawa, Canada: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2003. [acesso 10 ago 2015] Disponível:
http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/publications/patient_safety_dictionary_e.pdf

5. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2013;18(7) [acesso em 17 nov 2013]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) [Internet]. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática; 2013. [acesso 22 set 2013]. Disponível: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>
7. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. Disponível: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002441PwFnHv.pdf>
8. Tobias, QGC, Bezerra ALQ, Branquinho NCS, Silva AEBC. Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. *Enferm glob*. [Internet]. 2014;13(33) [acesso 22 fev 2014]. Disponível: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/pt_revision1.pdf
9. Capucho HC, Cassiani SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Rev Saúde Pública*. [Internet] 2013;47(4) [acesso 11 ago 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004402>
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) [Internet]. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde; 2014. [acesso em 11 mar 2014]. Disponível: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=modulo-6-implantacao-nucleo-de-seguranca-do-paciente.pdf>

11. Cauduro FLF, Sarquis LM, Sarquis LMM, Cruz EDA. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. *Cogitare enferm.* [Internet] 2015;20(1) [acesso 22 fev 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.36645>
12. Sexton JB, Helmerich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* [Internet] 2006;44(6) [acesso em 05 jul 2015]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
13. Oliveira RM, Leitão IMTA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gazos DM, Silva LMS, Barros AA, Sampaio RL. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev. esc. enferm. USP.* [Internet] 2015;49(1) [acesso 27 jun 20125]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100014>
14. Schwonke CRGB. Conhecimento da equipe de enfermagem e cultura de segurança: análise sistêmica dos riscos na assistência ao doente crítico em ventilação mecânica invasiva [tese]. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande, 2012. Disponível: http://educacao.fau.com.br/site/arquivos/arquivo_20130625152700.pdf
15. da Silva-Batalha EMSS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto contexto - enferm.* [Internet] 2015;24(2) [acesso 10 jul 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
16. Ministerio de Sanidad y Consumo (ES) [Internet]. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español; 2008. [acesso 21 fev 2016]. Disponível: http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
17. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Rev Esc Enferm*

- USP. [Internet] 2015;49(2) [acesso 27 jun 2015]. Disponível:
<https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>
18. Ramírez OJG, Gámez AS, Gutiérrez AA, Salamanca JG, Veja AG, Galeano EM. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Avances en enfermería. [Internet] 2011;29(2) [acesso 27 jun 2015]. Disponível:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>
19. Peralta TJA. Segurança do Doente – Perspetiva dos Profissionais de um Hospital da Região Centro [dissertação]. Coimbra (PT): Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2012. Disponível:
<http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24072&code=32>
20. Gonçalves MI. Comunicação na passagem de plantão da equipe de enfermagem em unidades de cuidados intensivos neonatais e os fatores relacionados à segurança do paciente. [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível:
<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/106764/318655.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência à saúde perpassa não apenas pelos aspectos técnico-científicos como também pela cultura organizacional de cada serviço de saúde, especificamente, de cada organização hospitalar.

A temática cultura de segurança do paciente é ainda nova nas pesquisas científicas tanto no Brasil quanto em nível internacional. Espera-se que esta Dissertação contribua para que o Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia volte seu olhar para cultura das organizações hospitalares e de saúde, porém ainda é preciso ampliar a produção de conhecimento nos programas de Pós-graduação do território nacional, principalmente das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Logo, este assunto deve se tornar cada vez mais prioritário para as pesquisas em Enfermagem e em Saúde, sendo necessário produzir mais evidências científicas e fundamentos teóricos sobre a cultura de segurança do paciente, bem como suas dimensões.

Percebe-se que já há publicações em periódicos voltadas para o diagnóstico situacional das organizações hospitalares e de saúde de modo geral. Tais publicações oferecem diversas sugestões para melhoria dos processos assistenciais em prol da segurança do paciente. Mas há enorme lacuna no que tange a estudos que apresentem resultados relacionados às intervenções executadas, visando melhoria da qualidade da assistência prestada e da segurança do paciente, por meio da mudança de cultura organizacional após diagnóstico e proposição de medidas que fomentem o pensamento colaborativo coletivo participativo e a real mudança de cultura.

A presente Dissertação objetivou descrever a cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública localizada na cidade de Feira de Santana-Bahia. Este objetivo foi alcançado conforme apresentado no Artigo 2 – *Cultura de segurança em organização hospitalar*, que de acordo com os resultados descritivos, não foram identificadas áreas de força, bem como foram identificadas 04 áreas com potencial de melhoria. Uma organização hospitalar cuja cultura de segurança do paciente ao ser descrita não apresenta nenhuma dimensão como área de força (75% ou mais de respostas positivas) e apresenta 04 de 12 das suas dimensões como áreas prioritárias com potencial de melhoria (50% ou mais de respostas negativas), entende-se que esta organização possui uma cultura de segurança fragilizada, de caráter punitivo face à falibilidade humana. Este fato inibe a notificação dos erros, a oportunidade de aprimoramento da equipe, e a promoção de uma assistência à saúde segura.

Portanto, constata-se que a segurança do paciente está comprometida nesta organização hospitalar. Isso requer maior envolvimento dos profissionais desta organização

no desenvolvimento de estratégias para o aprendizado organizacional e melhoria contínua, alicerçadas no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Sugere-se minimizar fragilidades, melhorar a qualidade e segurança dos serviços ofertados, compartilhar responsabilidades entre todos os envolvidos no cuidado, direta ou indiretamente, para garantir a segurança do paciente nesta organização.

O estudo teve como facilitador as vivências prévias da pesquisadora no município no qual se localiza o *locus* do estudo, pois isto possibilitou fácil acesso ao campo bem como obtenção das informações necessárias para desenvolvimento da pesquisa junto aos profissionais que atuam na organização hospitalar investigada. Em contrapartida, o questionário extenso foi considerado o maior fator limitante, já que os participantes precisavam encontrar tempo livre para respondê-lo durante o turno de trabalho, como também a redação de algumas questões comprometeu a compreensão das mesmas pelos participantes. Tais aspectos, posteriormente, serão informados à pesquisadora que validou o questionário HSOPSC.

Com os resultados da pesquisa, pretende-se, a partir de seu caráter descritivo, servir de subsídio para futura tese de doutorado a qual desenvolva projeto de intervenção juntamente com membros da organização hospitalar estudada, a fim de promover mudança da cultura dessa organização a favor de resultados referentes às melhorias necessárias para a segurança do paciente, bem como possibilitar o *benchmarking* entre as diversas organizações hospitalares da Bahia e do Brasil.

Certamente os resultados da pesquisa também possibilitarão a melhoria dos processos de formação e de capacitação dos profissionais de saúde, a qualidade da assistência prestada nas organizações hospitalares e de saúde, o gerenciamento hospitalar e, sobretudo, instrumentalizar os profissionais para a consolidação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Telma Marques da Silva. **Segurança ocupacional da equipe de enfermagem no preparo de citostáticos endovenosos: estudo em hospitais do Recife-Pe.** 1996. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 1996.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília: ANVISA, 2013. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2013.

_____. **Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde .** Brasília: ANVISA, 2014a. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=modulo-6-implantacao-nucleo-de-seguranca-do-paciente.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

_____. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 2 maio 2014.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Regiões de Saúde do Estado da Bahia.** Salvador: SESAB, 2013. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/>. Acesso em: 5 maio 2015.

BARRIO, Angel Espina. **Manual de antropologia cultural.** Recife: Editora Massagana, 2007.

BATALHA, Edenise Maria Santos da Silva. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012. Disponível em : <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-03012013-105906/pt-br.php>>. Acesso em: 21 fev. 2014.

_____; MELLEIRO, Marta Maria. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto & Contexto - Enfermagem.** v. 24, n.2, p. 432-441, Florianópolis, abr.-jun. 2015. Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

BERNARDES, Anita Guazzelli; PELLICCIOLI, Eduardo Carvalho; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Trabalho e produção de saúde: práticas de liberdade e formas de governabilidade. **Psicologia & Sociedade.**, v.22, n.1, p.5 -13, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/98792/000755375.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 2 maio 2014.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 63 de 25 de novembro de 2011**. Brasília, 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25_11_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 24 abr. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: DOU n.12 de 13 de junho de 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2014.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 29 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 30-Bsb de 11 de fevereiro de 1977**. Conceitos e definições em saúde. Brasília, 1977. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

CAMARGO TOBIAS, Gabriela et al. Cultura de segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. **Enfermería Global**. Murcia, Espanha, n. 33, p. 349-361, jan. 2014. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/pt_revision1.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2014.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. (CAPES). **Classificação da produção intelectual publicada**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/classificacao-da-producao-intelectual>> Acesso em: 10 jul. 2015.

CAPUCHO, Helaine Carneiro; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v.47, n.4, p.791-798, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

CARVALHO, Marília Gomes de. **Antropologia e as culturas organizacionais**. II Reunião de Antropologia do Mercosul. Piriápolis, Uruguai, 1997. Disponível em: <<http://revistas.utfpr.edu.br/pb/index.php/revedutec-ct/article/viewFile/1025/623>> Acesso em: 22 fev. 2014.

CAUDURO, Fernanda Letícia Frates et al. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.20, n.1, p.129-133, 2015. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/36645/24859>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

CLINCO, Sandra Denise de Oliveira. **O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente.** Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2007. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4900/106674.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

CORDEIRO, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira. **Segurança emocional do idoso mutilado.** 1988. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 1988.

CUCHE, Denys; tradução de Viviane Ribeiro. **A noção de cultura nas ciências sociais.** 2.ed. Bauru: EDUSC, 2002.

DAVIES, Jam M.; HEBERT, Philip; HOFFMAN, Carolyn. Canadian patient safety institute; royal college of physicians and surgeons of canada. **The Canadian patient safety dictionary.** Ottawa, Canada, 2003. Disponível em: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/publications/patient_safety_dictionary_e.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

D'EL REY, Ana Martha Santos Homem. **Biossegurança dos profissionais que manipulam o lixo:** medidas adotadas pelos gerentes dos serviços de saúde. 2003. 45 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2003.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v.59, n.1, p. 84-88. Porto Alegre, jan.-fev., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español.** Madrid, 2008. Disponível em: <http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2016.

FEIRA DE SANTANA (BAHIA). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010 - 2013.** 2010. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/iranildoribeiro/plano-municipal-de-sade-2010-2013>> . Acesso em: 5 maio 2015.

FERMO, Vivian Costa et al. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, 2016, v.37, n.1. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/55716>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

FERES, Ana Cristina. **Avaliação das práticas de biossegurança dos profissionais de enfermagem no cuidado de pacientes portadores de HTLV/HIV.** 2003. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2003.

FIDÉLIS, Rozeli Emília. **Cultura de segurança**: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103347/303678.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FISCHER, Rosa Maria. **Cultura e poder nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996. Reimpressão, 2006.

FRANÇOLIN, Lucilena et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Rev da Escola de Enfermagem da USP**. v.49, n. 2, São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2015.

FREITAS, Henrique et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**. v. 35, n. 3, São Paulo, 2000. Disponível em:<http://www.rausp.usp.br/busca/artigo.asp?num_artigo=269>. Acesso: 8 jul. 2015.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: o nascimento da prisão. 40. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

GOMES, Mércio Pereira. **Antropologia**: ciência do homem: filosofia da cultura. 1. reimpressão. São Paulo: Contexto, 2008.

GONÇALVES FILHO, Anastácio Pinto; ANDRADE, José Célio Silveira; MARINHO, Marcia Mara de Oliveira. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. **Gestao & Produção**. v. 18, n. 1, p. 205-220, São Carlos,SP, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>> Acesso em: 25 abr. 2014.

GONÇALVES, Mariana Itamaro. **Comunicação na passagem de plantão da equipe de enfermagem em unidades de cuidados intensivos neonatais e os fatores relacionados à segurança do paciente**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/106764/318655.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KURCGANT, Paulina; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: KURCGANT, Paulina (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap. 3, p. 23-33.

LAPLANTINE, François. **Aprendendo antropologia**. Tradução Marie-Agnés Chauvel. São Paulo: Brasiliense, 2003.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução Heloisa Monteiro e Francisco Settineri. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEÃO, Eliseth Ribeiro et al. **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

LIMA, Fabiane da Silva Severino et al. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermeira. **Enfermería Global**. Murcia, Espanha, n. 35. jul. 2014. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/revision2.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

LOBÃO, William Mendes. **Construção, validação e normatização da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos (EPEA)**. 2012, 98 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12269/1/DISSER_PGENF_WILLIAN_302.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.

_____; MENEZES, Igor Gomes. Análise psicométrica da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos no cuidado de enfermagem em UTI. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.21, n.1. Ribeirão Preto, SP, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/52967>>. Acesso em: 17 abr. 2016.

MARX, Lore Cecília. **Manual de gerenciamento de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPUB, 2003.

MELLO, Janeide Freitas de. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103352/305244.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

MENDES, Walter et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais - Mendes, W. et al. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8, n.4, p. 393-406, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/06.pdf>> Acesso em: 26 abr. 2014.

OLIVEIRA, Roberta Meneses Oliveira et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.49, n.1, p.104-113, São Paulo, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0104.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2015

OLIVEIRA, Tânia Modesto Veludo de. Escalas de Mensuração de Atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. **Revista Administração On Line.: FECAP**. v.2, n. 2, São Paulo, abr.-jun. 2001. Disponível em <http://www.fecap.br/adm_online/art22/tania.htm> Acesso em: 3 fev. 2014.

PARRO, Maria Cláudia; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Desenvolvimento de software para a organização da informação de um serviço de saúde ocupacional hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia: UFG, v.13, n.3, p. 386-394, jul.-set. 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n3/pdf/v13n3a03.pdf>. Acesso em 7 fev. 2014.

PEDUZZI, Marina; ANSELMINI, Maria Luiza. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul.-ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n4/v55n4a06.pdf>> Acesso em: 9 abr. 2015.

PERALTA, Teresa de Jesus de Almeida. **Segurança do doente**: perspectiva dos profissionais de um hospital da região Centro. Dissertação (Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24072&code=32>> Acesso em: 28 fev. 2016.

PIRES, José Calixto de Souza; MACÊDO, Kátia Barbosa. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública-RAP**. Rio de Janeiro v.40, n.1, p.81-105, jan.-fev., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

PREMIER HEALTHCARE ALLIANCE (EUA). **Customized Excel Data Tool**. 2007. Disponível em: <<https://www.premierinc.com/safety/topics/culture/data-tool.jsp#download>>. Acesso em: 3 abr. 2014.

QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina. **Enfermagem**: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos. Braga, Portugal: Candeias Artes Gráficas, 2012. Disponível em <http://www.esebb.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2328&id_revista=19&id_edicao=48>. Acesso em: 22 fev. 2014.

RAMÍREZ, Olga Janneth Gómez et al. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. **Avances en enfermería**. v.29, n.2. 2011. Disponível: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

RÉA-NETO, Álvaro. et al. **GUTIS**: Guia da UTI Segura. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2010. Disponível em: <http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho_GUTIS.pdf>. Acesso em : 21 jun. 2013.

REASON, James. Human error: models and management. **BMJ**, London, v. 320, 2000. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/320/7237/768>>. Acesso em: 9 fev. 2014.

REIS, Claudia Tartaglia. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002441PwFnHv.pdf>> Acesso em: 21 fev. 2014.

_____; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**.

v.18, n.7, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 25, n. 5, São Paulo, 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000500013&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 fev. 2014.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n. 2, p. 257-263, Brasília, mar.- abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>> Acesso em: 9 abr. 2015.

SCHWONKE, Camila Rose Guadalupe Barcelos. **Conhecimento da equipe de enfermagem e cultura de segurança**: análise sistêmica dos riscos na assistência ao doente crítico em ventilação mecânica invasiva. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande, RS, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/2944/camilaschwonke.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

SEXTON, John Bryan et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 44, n. 6, p. 1-10. London, 3 abr 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-44.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2015.

SORRA, Joann Speer; NIEVA, Veronica Fuentes. Hospital Survey Patient Safety culture. **Agency for Healthcare Research and Quality**. Rockville, USA, 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2015.

SZLEJF, Cláudia. **Eventos adversos médicos em idosos hospitalizados**: frequência e fatores de risco em enfermagem de geriatria. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Patologia, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-30112010-152956/pt-br.php>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

TAJRA, Sanmya Feitosa. **Gestão estratégica em saúde**: reflexões e práticas para uma administração voltada para excelência. 3. ed. São Paulo: Iátria, 2009.

THE HEALTH FOUNDATION. Evidence scan: measuring safety culture. London, 2011. Disponível: <<http://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

TORMAN, Vanessa Bielefeldt Leotti; COSTER, Rodrigo; RIBOLDI, João Riboldi. Normalidade de variáveis: métodos de verificação e comparação de alguns testes não-paramétricos por simulação. **Clinical & Biomedical Research**. v.32, n.2, p. 227-234, Porto Alegre, 2012; Disponível: <<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/29874/19186>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

ULLMANN, Reinholdo Aloysio. **Antropologia: o homem e a cultura**. 3.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.

VINCENT, Charles. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. Tradução: Rogério Videira. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

WEGNER, Wiliam; PEDRO, Eva Neri Rubim. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 20, n.3, Ribeirão Preto, SP maio-jun., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2014.

ZAMBON, Lucas Santos. Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS: caracterização clínica. **MedicinaNet**, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/3034/classificacao_internacional_para_a_seguranca_do_paciente_da_oms_%E2%80%93_caracterizacao_clinica.htm>. Acesso em: 13 mar. 2014.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO AO CAMPO

Feira de Santana, ____ de _____ de 2014

Ilmo(a) Sr.(a)

Diretor (a)

Eu, Ana Cláudia de Azevêdo Bião e Silva, Enfermeira, RG 08042861-40, CPF 939558635-49, estudante do Curso de Mestrado na Área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de Pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Matrícula 213115735, na qualidade de pesquisadora sobre orientação da Profa. Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa pretendo investigar a Cultura de Segurança do Paciente em Organização Hospitalar como requisito para obtenção do título de mestre.

Trata-se de uma pesquisa de levantamento de abordagem quantitativa, cuja coleta de dados consistirá na aplicação do questionário “Pesquisa Hospitalar sobre Segurança do Paciente”, que permite avaliação da cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de saúde por meio de 09 seções. Pretende-se aplicar questionário a todos os profissionais que possuam vínculo com esta organização hospitalar há pelo menos 01 ano e realizem atividades de cuidado direto ou indireto aos pacientes.

O presente projeto tem como objetivo geral descrever a cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública localizada na cidade de Feira de Santana-Bahia.

Vale ressaltar que esta cultura de segurança envolve práticas voltadas para a promoção da segurança do paciente que consistem na prevenção de lesões no paciente ou os efeitos adversos resultantes dos processos de prestação de cuidados de saúde.

Os resultados serão utilizados para fins estritamente acadêmicos (publicação da dissertação e apresentação congressos e em revistas científicas) sem qualquer identificação de indivíduos ou desta instituição. Da mesma forma, a análise dos resultados e as conclusões não

serão apresentadas como estudo de caso individual. As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e o sigilo sobre sua participação é assegurado.

Asseguro o compromisso com a ética e o sigilo nesse trabalho, respeitando a privacidade dos profissionais envolvidos e da instituição, tendo presente o respeito aos preceitos Éticos e Legais previstos na Resolução 466/12 da CONEP/MS (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) que versa sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Informamos que só deveremos iniciar a coleta de dados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Diante do exposto, venho solicitar a autorização para coleta de dados do projeto de dissertação de mestrado intitulado: **Cultura de Segurança do Paciente em Organização Hospitalar.**

No aguardo de um posicionamento, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Enfa. Ana Cláudia de Azevêdo Bião e Silva
Mestranda em Enfermagem
E-mail: anaclaudiabiao@hotmail.com
Cel.: (71) 9134-0641

Profa. Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa
Orientadora da Dissertação
E-mail: darcisantarosa@gmail.com
Cel.: (71) 8881-4101



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE B - CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

Ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem

Assunto: **Apresentação de Projeto de Pesquisa e solicitação de autorização condicionada**

Prezados(as) Senhores(as),

Apresento o Projeto de Pesquisa **Cultura de Segurança do Paciente em Organização Hospitalar** que tem como objetivo geral descrever a cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública localizada na cidade de Feira de Santana-Bahia. Espera-se contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre esta temática, para melhoria dos processos de formação e capacitação dos profissionais de saúde, com a expansão da qualidade da assistência, fornecer dados para o gerenciamento hospitalar e subsidiar os profissionais para a consolidação do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

As informações a serem oferecidas para as pesquisadoras serão guardadas pelo tempo de 05 anos e em seguida pelo Grupo de Pesquisa EXERCE e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Os resultados serão utilizados para fins estritamente acadêmicos (publicação da dissertação e apresentação congressos e em revistas científicas) sem qualquer identificação de indivíduos ou da organização hospitalar - lócus de estudo. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato dos participantes e sigilo das informações consideradas confidenciais.

A pesquisa será realizada por Ana Cláudia de Azevêdo Bião e Silva, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob orientação de Profa. Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa.

Para tanto, respeitosamente solicito a V. S.^a, emissão de autorização para realização da pesquisa **condicionada à prévia aprovação da mesma em Comitê de Ética em Pesquisa**, respeitando a legislação em vigor sobre ética em pesquisa em seres humanos no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466/12 e regulamentações correlatas).

Salvador, _____ de _____ de 2015

Ana Cláudia de Azevêdo Bião e Silva



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Ilmo(a) Sr(a) _____

Vimos, respeitosamente através deste, convidá-lo(a) para participar, como voluntário(a) do projeto de dissertação de mestrado intitulado: **Cultura de Segurança do Paciente em Organização Hospitalar**. Ressalta-se que esta cultura de segurança envolve práticas voltadas para a promoção da segurança do paciente que consistem na prevenção de lesões no paciente ou os efeitos adversos resultantes dos processos de prestação de cuidados de saúde.

O presente projeto tem como objetivo geral descrever a cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública localizada na cidade de Feira de Santana-Bahia.

Trata-se de uma pesquisa de com abordagem quantitativa, cuja coleta de dados consistirá na aplicação do questionário “Pesquisa Hospitalar sobre Segurança do Paciente”, que permite avaliação da cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de saúde por meio de 09 seções. Este questionário será aplicado a todos os profissionais que possuam vínculo com a organização hospitalar há pelo menos 01 ano e realizem atividades de cuidado direto ou indireto aos pacientes. Asseguro o compromisso com a ética e o sigilo nesse trabalho, respeitando a privacidade dos profissionais envolvidos e da instituição, tendo presente o respeito aos preceitos Éticos e Legais previstos na Resolução 466/12 da CONEP/MS (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) que versa sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa. Em caso de dúvida você pode entrar em contato com a Enfermeira Ana Cláudia de Azevêdo Bião e Silva (pesquisadora responsável) pelo telefone (71)9134-0641 (inclusive à cobrar) ou pelo e-mail anaclaudiabiao@hotmail.com, contato com a orientadora da pesquisa, Profa. Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa pelo e-mail darcisantarosa@gmail.com ou com o Comitê de ética e Pesquisa pelo e-mail cepee.ufba@ufba.br e telefone (71) 3283-7615 em qualquer etapa da pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre sua participação será assegurado utilizando números para identificação dos questionários. A análise dos dados e as conclusões não serão apresentadas como estudo de caso individual. Os resultados serão utilizados para fins estritamente acadêmicos (publicação da dissertação e apresentação congressos e em revistas científicas) sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições.

O risco mínimo de constrangimento para responder as questões do instrumento poderá ser minimizado com o exercício do direito de se recusar a respondê-lo sem prejuízo para suas atividades.

Os benefícios desta pesquisa para a ciência será o desenvolvimento do conhecimento sobre esta temática; para os profissionais de saúde será a melhoria dos processos de formação e de capacitação dos profissionais de saúde; para os pacientes, melhoria da qualidade da assistência; para os gestores hospitalares os resultados poderão instrumentalizá-los no processo

Assinaturas:

de gestão; e para as políticas públicas, a consolidação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Não haverá ônus financeiros para os participantes. Todas as despesas com a pesquisa correrão por conta da pesquisadora.

Para os participantes, buscar-se-á garantir o anonimato através da análise quantitativa sem identificações pessoais ou organizacionais.

O dados coletados serão utilizados para construção da dissertação, para produção de artigos científicos a serem publicados em periódicos de Enfermagem e Saúde, também ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora pelo prazo de 5 anos e, passado este período, no banco de dados do Grupo de Pesquisas sobre Educação, Ética e Exercício da Enfermagem

Assumimos o compromisso de apresentar os resultados deste estudo à organização hospitalar e aos participantes em data e horário a ser acordado entre ambos.

Enfa. Ana Cláudia de Azevêdo Bião e Silva
Mestranda em Enfermagem
E-mail: anaclaudiabiao@hotmail.com

Profa. Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa
Orientadora da Dissertação
E-mail: darcisantarosa@gmail.com

Assinaturas:

CONSENTIMENTO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Ao ser convidado(a) pela mestranda Ana Cláudia de Azevêdo Bião e Silva para participar do seu projeto, fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa e me considerando suficientemente esclarecido(a) da garantia de poder requerer esclarecimentos, antes, durante e após o desenvolvimento deste estudo; da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum; da segurança de que não serei identificado, assim como a identidade da organização de saúde se manterão em caráter confidencial das informações.; da ausência de despesas e de lucros; e que os resultados poderão ser publicados para fins estritamente acadêmicos (publicação da dissertação e apresentação congressos e em revistas científicas) sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições.

Com minha anuência, estarei assinando as duas vias deste documento e ficarei com uma via e a outra com a mestranda.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2015.

Participante da Pesquisa

Assinaturas:

ANEXO A – Ofício de autorização de liberação de acesso ao campo

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB
HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE - HGCA

HGCA Ofício Nº. 1512/2 014

Feira de Santana, 29 de dezembro de 2014.

Ilm^a. Prof^a.
Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa

Considerando a importância das atividades acadêmicas de todas as áreas de Saúde, e ser de interesse desta instituição incentivar estudos cujos objetos estão centrados na realidade, concordamos com a realização do estudo **INTITULADO: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR** a ser realizado pela mestrandia, Ana Claudia de Azevedo Bião e Silva, desde que apresente à Direção Médica desta Unidade a autorização do CEP da Instituição de ensino, sob vossa orientação. Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva com abordagem quantitativa. Os participantes do estudo por amostragem serão enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atenderem ao critério de inclusão: possuir vínculo com a organização hospitalar há pelo menos 01 ano, além de realizar atividades de cuidado direto ou indireto ao paciente.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ocorrer mediante parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa, em atendimento Resolução 466/2012 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, e agendamento prévio com o Coordenador da unidade, de modo a evitar a sobrecarga de pessoas respeitando a rotina de cuidados na unidade. Solicitamos que se assegure o sigilo de informações que envolvam os usuários, profissionais e as práticas assistenciais desenvolvidas nesta Instituição e, que ao final de sua pesquisa o (a) autor (a) deposite cópia de **Relatório na Biblioteca local**.

Sem mais para o momento subscrevemo-nos.


Miriam dos S. Caldas de Oliveira

Coordenação CEPER/NUPED

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Pesquisador: ANA CLÁUDIA BIÃO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42374015.6.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.022.831

Data da Relatoria: 01/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado de natureza descritiva, com abordagem quantitativa que propõe analisar o panorama da cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública localizada na cidade de Feira de Santana-Bahia. Os dados serão tratados com a estatística descritiva. Previamente à distribuição dos questionários, será realizada campanha informativa sobre a pesquisa por todas as áreas de circulação do hospital, bem como murais de informativos, para sensibilizar o corpo funcional da organização hospitalar a participar da pesquisa. Os questionários, junto com o TCLE, serão disponibilizados nas unidades conforme quantitativo de pessoal de cada setor. Serão espalhadas urnas lacradas pela organização hospitalar para que os participantes depositem os envelopes contendo o questionário respondido e o TCLE assinado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública localizada na cidade de Feira de Santana-Bahia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.022.831

A autora destaca que por se tratar de uma pesquisa de aplicação de questionário na forma indireta os participantes, serão protegidos com a garantia do anonimato através da análise quantitativa sem identificações pessoais ou organizacionais.

Benefícios:

Para a autora os benefícios da pesquisa será o desenvolvimento do conhecimento sobre esta temática; para os profissionais de saúde será a melhoria dos processos de formação e de capacitação dos profissionais de saúde; para os pacientes, melhoria da qualidade da assistência; para os gestores hospitalares os resultados poderão instrumentalizá-los no processo de gestão; e para as políticas públicas, a consolidação do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema proposto para investigação é relevante e atual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos foram contemplados e os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado homologa o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.022.831

SALVADOR, 14 de Abril de 2015

Assinado por:
KARINA ARAUJO PINTO
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

Carimbo: Unidade Didática
Aux. Administrativo
Carg. 245500-6
Melchior
Este parecer
05-05-15

ANEXO C – Questionário “Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais”



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais*

Instruções

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

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

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

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

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

1

*Questionário original da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde (FIOCRUZ) adaptado neste estudo com autorização da autora Cláudia Tartaglia Reis.

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continuação)

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

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe 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?

	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.

A B C D E
 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

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

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

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

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

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

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

4. Qual é o seu cargo/função nest e hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoa I.

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

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

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

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.