

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA HOSPITALAR

TATIANA DOS SANTOS SCHUSTER

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL  
FILANTRÓPICO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre

2015

TATIANA DOS SANTOS SCHUSTER

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL  
FILANTRÓPICO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Risco e Segurança Hospitalar pelo Curso de Especialização da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinto Leis

Porto Alegre  
2015

Tatiana dos Santos Schuster

A cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico do interior do Rio Grande do Sul

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Risco e Segurança Hospitalar pelo Curso de Especialização da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovado em Abril de 2015.

BANCA EXAMINADORA

---

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

---

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

---

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
2.1 Segurança do Paciente.....	9
2.2 Cultura de Segurança do Paciente.....	12
2.3 Qualidade na Saúde.....	13
3 METODOLOGIA DE PESQUISA.....	14
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E RESULTADOS DA PESQUISA.....	17
4.1 Apresentação do Caso.....	17
4.2 Análise dos Resultados.....	18
4.2.1 Dimensão da Cultura de Segurança do Paciente no âmbito de trabalho.....	19
4.2.2 Dimensão da Cultura de Segurança do Paciente no âmbito da organização hospitalar.....	25
4.2.3 Dimensão de variáveis de resultado.....	28
4.2.4 Comparação dos resultados conforme dados da AHRQ.....	31
5 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXO A – Questionário <i>Survey on Patient Safety Culture</i> .....	39
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	41

## RESUMO

O tema da Gestão de Risco e Segurança Hospitalar tem se mostrado cada vez mais importante tanto para as instituições que atuam na área da saúde, como também para os seus diversos atores envolvidos (pacientes; familiares; equipes médica, assistencial e administrativas; e fornecedores) pois está vinculada a minimização dos riscos inerentes aos cuidados da saúde e da melhoria dos níveis de segurança das operações, que acabam aumentando o nível de satisfação desses atores e reduzindo os custos associados a um ambiente de baixa cultura de gestão de risco e segurança hospitalar. É nesse contexto que esse trabalho é desenvolvido em um hospital filantrópico do interior do RS, que tem por objetivo mensurar a cultura de segurança hospitalar voltada ao paciente a partir da percepção de seus funcionários. A metodologia de pesquisa utilizada é a do estudo de caso com características descritiva, exploratória e predominantemente quantitativa, sendo sua amostra populacional formada por colaboradores que atuam nas áreas assistenciais de cuidado ao paciente (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem de diferentes turnos e unidades). Na coleta dos dados foi realizada uma survey utilizando o questionário da *Agency for Health Research and Quality (AHRQ)*, intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Para a análise dos dados utilizou-se médias de notas para comparar o desempenho entre os itens e variáveis da pesquisa. Os resultados da pesquisa apontam que a instituição tem como pontos considerados de excelência as ações de promoção à segurança vinda dos supervisores e gerentes, o trabalho em equipe dentro das unidades e a educação continuada da organização. Já os pontos mais críticos são relacionados ao trabalho entre as equipes dentro da instituição, transferências internas e passagem de plantão nas unidades e equipe de trabalho. Como sugestão para trabalhos futuros propõe-se a aplicação do mesmo questionário após a implantação de uma série de ações de melhorias recomendadas para melhorar a performance dos aspectos mais críticos.

Palavras Chaves: Segurança do paciente, cultura de segurança, enfermagem, gestão hospitalar.

## **ABSTRACT**

The theme of Risk Management and Hospital Safety has proven increasingly important, even for institutions the work in health area, and also for its various stakeholders (patients, relatives, medical teams, assistance and administrative, and suppliers) because it is related to minimize risks in health care and to improve safety levels of operations, which actually increase the level of satisfaction of these actors and reduce the costs associated with a low risk management culture and hospital security environment. In this context, this work was developed in a philanthropic hospital in the RS, which objective is to measure hospital safety culture to the patient from the perception of the employees of the institution. The research methodology used was a case study with descriptive characteristics, exploratory desing and predominantly quantitative data, and its population sample was composed of employees who work in healthcare areas of patient care (nurses, nursing technicians and nursing assistants in different shifts and units). In the data collection was used a survey with a the questionnaire of the Agency for Health Research and Quality (AHRQ), entitled Hospital Survey on Patient Safety Culture. For data analysis we used the median of notes to compare the performance between the items and variables of the survey. The survey results show that the institution has the folow itens considered excellent: promotion of security actions that come to the supervisors and managers, the work in team in every unit of the institution and continuing education courses about the issue of patient safety. In the ohter hand, the most critical points were related to work between different work teams in the institution, internal transfers and the shift change in units and work teams. As a suggestion for future work it is proposed the applying of the same questionnaire after the implementation of some action improvements that are recommended to enhance the performance of the most critical aspects.

Key words: Patient safety, safety culture, nursing, hospital management.

## 1 INTRODUÇÃO

Nos tempos atuais muitas vezes verificam-se reportagens sobre erros que ocorrem em atendimentos hospitalares envolvendo todas as categorias profissionais. Nos últimos anos os procedimentos e cuidados estão mais complexos e os pacientes acabam participando cada vez mais do seu tratamento e cuidado. Isto acabou deixando em evidência a segurança do paciente nas instituições hospitalares, a busca constante pela qualidade devido à exigência dos clientes e pela própria concorrência de mercado. A qualidade da organização e de seus profissionais acaba refletindo no cuidado prestado para uma assistência segura (VICENT, 2009).

O relatório intitulado como “To Err is Human” baseado em um estudo de Harvard Medical Practice, revelou que 44 a 98 mil americanos morriam a cada ano por erros na prestação do cuidado, reconhecendo então a importância na prestação do cuidado (IOM, 1999). Outro ponto destacado nesta pesquisa é que estes eventos adversos resultaram em um grande prejuízo financeiro. No Reino Unido e Irlanda do Norte, o prolongamento das internações resultou em um prejuízo de cerca de 2 bilhões de libras ano, sendo que o gasto do Sistema Nacional de Saúde associadas as questões litigiosas foram de 400 milhões de libras ao ano. Nos EUA os gastos estimados por ano são entre 17 e 29 bilhões de dólares por ano.

Na tentativa de se decidir sobre o nível mínimo de qualidade, os melhores programas e procedimentos utilizados são todos mais fáceis de proposição do que de execução, e é este o trabalho contínuo das agências de Acreditação. Para aumentar os cuidados “excelentes” se exige que as organizações excedam os níveis de qualidade exigidos, que é provável que aconteça em conjunto de outros instrumentos e políticas, tais como pagamento por desempenho e trabalho de melhoria voluntária (Anvisa,2013).

Conforme Vicent (2009), a segurança do paciente deve ser levada a sério por todos os níveis hierárquicos da instituição, mostrando comprometimento e transmitindo de forma clara a importância da segurança do paciente, principalmente das lideranças. Pois a cultura de segurança é um conjunto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos individuais e de grupo no qual determinará o compromisso, estilo e proficiência da administração de uma organização (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993).

Em uma nova proposta para abordar à segurança do paciente em 2013, a Anvisa lançou a RDC nr. 36, definindo que os serviços de saúde devem identificar quais processos são mais críticos, elaborar um plano de segurança do paciente, disseminar a cultura de segurança e de reestruturar os processos na assistência à saúde com o objetivo de antecipar a ocorrência de incidentes que possam causar danos aos pacientes, tendo como princípio desta condição, sempre conhecer, aprender e prevenir (ANVISA, 2013).

No país, o interesse em torno do tema da Gestão de Risco e da Segurança Hospitalar vem crescendo, tanto na comunidade acadêmica (através do aumento do número de pesquisas), quanto no meio empresarial da saúde em função da valorização que as creditações nacionais e internacionais (como as concedidas pela Organização Nacional de Acreditação – ONA e a Joint Commission International – JCI) dão para o tema, proporcionando para os hospitais que as possuem diferenciais competitivos em termos de imagem e captação de recursos públicos. No entanto, pode-se afirmar ainda que há certa escassez de literatura sobre a Gestão de Risco e Segurança no país, o que dificulta a sua disseminação.

Dentre os diversos temas que compõem a área de Gestão de Risco e Segurança Hospitalar, uma de grande enfoque é a da Segurança do Paciente. No entanto, por se tratar de uma área multidisciplinar, pode-se afirmar que a segurança do paciente depende de uma ampla gama de elementos de gestão (processos, técnicas, métodos), humanos (os pacientes, responsáveis pelo paciente, equipes médicas, assistenciais e administrativas), ambientais (tratamento da água, ar, resíduos) e até mesmo culturais (disciplina, educação, treinamento) dentro dos sistemas hospitalares. Destes, o de maior nível de intangibilidade é o da cultura voltada para a segurança do paciente, que pode ser formada por uma diversidade ampla de aspectos que influenciam no trato da segurança do paciente entre os diversos atores que se relacionam em um hospital. Diante de tal situação, este artigo busca responder a seguinte questão de pesquisa: “Qual a cultura de segurança do paciente existente na equipe de enfermagem da instituição hospitalar pesquisada nesse trabalho”?

A partir disso, o artigo tem por objetivo identificar que possíveis elementos podem influenciar na formação de uma cultura de segurança do paciente a partir da



percepção da equipe interna do hospital envolvida no cuidado do paciente, identificando a performance dos mesmos, os pontos fortes que podem ser utilizados em prol da instituição, os pontos fracos que devem ser minimizados para evitar problemas mais drásticos, e principalmente para a proposição de Planos de Ação capazes de fortalecer essa cultura de segurança do paciente. Além disso, pode-se comparar o desempenho da cultura de segurança do paciente da instituição utilizada como foco da pesquisa com outras instituições públicas e privadas, apoiando a instituição a realizar benchmarking nos aspectos mais relevantes para sua política de gestão de risco e segurança hospitalar.

Tal trabalho se justifica em função de contribuir para a redução da escassez de literatura nacional em torno do tema da segurança do paciente, bem como pela importância do tema para as instituições hospitalares (públicas e privadas) no sentido de prestarem serviços confiáveis, de alta performance assistencial (gerando baixas taxas de mortalidade e altas taxas de solução dos problemas da saúde dos pacientes), com custos dentro dos padrões planejados. Além disso, a pesquisa se justifica em função do hospital que serviu como objetivo da pesquisa estar investindo em uma estrutura organizacional interna para tratar do tema da gestão de risco e segurança hospitalar, podendo auxiliá-lo a entender melhor como os seus profissionais percebem e tratam a segurança do paciente no seu dia a dia, apoiando no desenvolvimento de ações mais práticas e padronizadas a fim de efetivamente disseminar uma cultura de segurança voltada ao paciente.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Segurança do Paciente**

O movimento em prol da segurança do paciente iniciou em 1999 após a publicação do livro *"To err is human"* em que este relatório apontava que em 33,6 milhões de internações resultaram em 44.000 a 98.000 mortes de pacientes devido a complicações em consequência de incidentes relacionados à assistência ao paciente (KOHN, CORRIGNAN e DONALDSON, 2000).

No ano de 2000 a Organização Mundial de Saúde (OMS) colocou como

prioridade o assunto sobre a segurança do paciente, mas somente em 2004 foi criada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, no qual teve como objetivo agir como uma força importante para a melhoria da segurança do paciente em todo o mundo, coordenando, facilitando e acelerando as melhorias, compartilhando experiências e conhecimentos entre as instituições (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Em 2002, a ANVISA lança um projeto piloto dos Hospitais Sentinela que tinha como objetivo (ANVISA, 2005):

- Atender as necessidades da própria agência em obter informações qualificadas sobre reações adversas, agravos e queixas técnicas sobre produtos de saúde;
- Criar um meio intrahospitalar favorável ao desenvolvimento de ações de vigilância sanitária em hospitais, com ganhos significativos na qualidade para os serviços e pacientes;
- Ter um sistema de informação de tecnovigilância, farmacovigilância e queixas técnicas de medicamentos.

Após um teste piloto, a ANVISA investiu em um novo projeto entre 2005 e 2009 que teve seu escopo ampliado, mas o objetivo permaneceu o mesmo (ANVISA, 2005).

Em 2013 a ANVISA lança o Programa Nacional de Segurança do Paciente que tem como objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, priorizando a segurança do paciente (ANVISA, 2013).

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) a cada 10 pessoas que necessitam de cuidados, pelo menos um sofre algum tipo de agravo à saúde, e uma sofrerá agravo decorrente de incidentes relacionados à assistência (WHO, 2006).

Pensando na promoção à saúde é que o Ministério da Saúde tenta reduzir os incidentes nas instituições hospitalares, enfatizando na RDC nº36/2013 as metas de segurança do paciente, fazendo com que os hospitais identifiquem seus pontos mais críticos de incidentes e implantem por meio de notificação dentro das instituições, sendo por notificações espontâneas, revisão de prontuários ou observação direta (ANVISA, 2013).

A segurança do paciente é de difícil mensuração porque depende de notificações individuais dos profissionais de saúde, não podendo ser considerado um número exato.

Os erros profissionais estão sendo estudados desde o século XX, entretanto, com algumas exceções, os profissionais da área da saúde não têm percebido a extensão e a gravidade do problema, ou não estão preparados para aceitar seus erros decorrentes da assistência prestada (VICENT, 2009).

Atualmente na minha percepção, os pacientes acabam tendo mais acesso à informação e questionam muito mais o seu cuidado e terapia médica. A mídia nos últimos tempos divulgou diversas notícias de erros médicos e da assistência de enfermagem fazendo com que os pacientes questionem mais o seu cuidado.

Diante de alguns conceitos de segurança do paciente pode-se afirmar que serão necessárias muitas mudanças nos sistemas de muitas instituições para uma mudança de cultura a respeito da punição dos profissionais de saúde que cometem erros e acabam não notificando os incidentes com medo de demissões e represarias (Vicent,2009).

Segundo o *The Canadian Patient Safety Dictionary* (2003) segurança do paciente é a redução e mitigação de atos não seguros dentro da assistência à saúde, utilizando boas práticas para alcançar resultados para o paciente. Também é fundamental o conhecimento sobre o que é importante para a organização e quais atitudes e comportamentos, relacionados à segurança do paciente são esperados e apropriados (SORRA, et al, 2004).

Já Vicent (2009) afirma que a segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou às lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar, e acredita que a segurança reside nos sistemas, como também nas pessoas, e por isso, deve ser ativamente procurada e estimulada.

A AHRQ (2014) define segurança do paciente como a ausência de potencial para ocorrência de danos ou ausência de ocorrência de danos associados ao cuidado do paciente. Este é um ponto crítico na qualidade da assistência à saúde e deve-se reconhecer a cultura de segurança nas instituições, pois a cada dia as mesmas estão em busca pela melhora. Alcançar uma cultura de segurança requer uma compreensão de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização. Em função de tais características, a presente pesquisa utilizará o conceito de segurança do

paciente da AHRQ (2014).

## **2.2 Cultura de Segurança do Paciente**

A cultura organizacional é definida por Fleury (1996) como um conjunto de pressupostos básicos que um grupo investigou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionou bem o suficiente para ser considerado válido e ensinado a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas. Ao se conhecer a cultura organizacional acaba-se compreendendo os aspectos formadores da identidade institucional. Na cultura organizacional também se tem que levar em conta que as pessoas vivem este cotidiano interagindo, criando, modelando e remodelando esta cultura.

Já a cultura de segurança foi elaborada pela *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations* (ACSN, 1993) logo após o acidente nuclear de Chernobyl na Ucrânia. Posteriormente, Sorra e Nieva (2003) adaptaram a cultura de segurança para o contexto de segurança do paciente, agregando um conjunto de valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e os padrões de comportamento que determinam o estilo, a proficiência da saúde organizacional e a gestão da segurança. As organizações com uma cultura de segurança positiva são aquelas que se caracterizam por ter comunicação, confiança mútua, percepções compartilhadas sobre a importância da segurança e eficácia de medidas preventivas.

Segundo Vicent (2009) a cultura de segurança de uma organização é um conjunto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento (individuais ou coletivos) que determinam o comprometimento, o estilo e a facilidade de execução de programas de saúde e segurança organizacional. Entende-se que produzir e manter uma cultura de segurança é um processo contínuo, sistemático e demorado e que em nenhum momento este trabalho estará terminado dentro de uma instituição.

A cultura é considerada um dos pontos-chaves para a compreensão das ações humanas, padrão coletivo que identifica os grupos, maneiras de percepção, pensamento, sentimento e forma de agir. Além disso a cultura de segurança expressa valores e as crenças que os membros desse grupo partilham (PIRES e MACEDO,

2006).

Mas dentro de um contexto hospitalar, Vicent (2009) salienta que é ainda mais complicado se criar uma cultura de segurança do paciente pelo maior número de profissionais envolvidos, em que cada profissional tem sua própria cultura e sua maneira de fazer as coisas. Como por exemplo, há a enfermagem que segue um código disciplinar mais rígido e atitudes mais duras que os médicos em relação aos erros. Sendo assim, apesar de um entendimento de que cultura de segurança deva ser um valor compartilhado por todos os profissionais de uma organização, existe este contraste de culturas que pode ser um elemento dissuasor para uma melhoria na qualidade e segurança do paciente.

Por isso uma característica considerada importante para uma cultura de segurança consiste em uma abordagem “justa e franca” em relação aos erros, representando uma enorme mudança em relação à prática acusatória que ainda prevalece e substituir por uma abordagem mais compreensiva e cuidadosa quanto aos erros ou evento adverso. Isto não é acabar com a responsabilidade pessoal que se tem com restrições sociais, disciplinares e legais (VICENT, 2009).

### **2.3 Qualidade na Saúde**

A gestão da qualidade iniciou na área da indústria para atender as necessidades e expectativas dos clientes. Juran (1990) define qualidade como algo que atende as necessidades do cliente e o seu controle é feito através de ferramentas de administração que envolve três processos: planejamento, controle e aperfeiçoamento.

Na área da saúde o conceito de qualidade tem várias definições. Uma delas é a do *Institute of Medicine* (IOM,1990), que define qualidade em saúde como o grau que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional.

A *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* define a qualidade da assistência médico-hospitalar como o “grau segundo a qual os cuidados com a saúde do paciente aumentam a possibilidade da desejada recuperação do mesmo e reduzem a probabilidade do aparecimento de eventos indesejados” (MIRSHAWKA, 1994).

A segurança do paciente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde de todo o mundo e é uma das dimensões mais destacadas das instituições. Segurança e qualidade são atributos indissociáveis, sendo que a segurança do paciente é uma das dimensões da qualidade nos serviços de saúde, por isso os sistemas de saúde querem diminuir à um mínimo possível os riscos de dano ao paciente aumentando assim a qualidade de seus serviços prestados (ANVISA, 2014).

### **3. METODOLOGIA DE PESQUISA**

Nessa pesquisa utilizou-se a estratégia de pesquisa do tipo estudo de caso, com características de abordagem descritiva, exploratória e quantitativa.

Segundo Yin (2010 p. 39), “o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes. É atualmente uma das principais modalidades de pesquisa qualitativa no campo das ciências humanas e sociais, fornecendo parâmetros para se coletar, apresentar e analisar os dados corretamente.

Essa pesquisa tem característica exploratória em função de ser realizada em um tema relativamente novo e que ainda não possui fontes de referências suficientes e sem hipóteses consistentes do ponto de partida para pesquisa (MARTINS JUNIOR, 2011).

Ainda, segundo Oliveira (2002), tal trabalho é de caráter descritivo porque visa abranger aspectos gerais e amplos de um contexto social de tal forma a possibilitar o desenvolvimento de um nível de análise em que permite identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação. Proporciona ao pesquisador obter melhor entendimento a respeito de vários fatores e elementos que acabam influenciando e determinando os fenômenos, o que complementa o estudo exploratório, possibilitando ao pesquisador fazer um levantamento provisório do fenômeno que se deseja estudar.

Segundo Creswell (2007), essa pesquisa também é caráter quantitativa porque “emprega estratégias de investigação (como experimentos, levantamentos e coleta de

dados, instrumentos predeterminados que geram dados estatísticos)”.

A pesquisa foi aplicada em um hospital filantrópico de direito privado, de médio porte do interior do Rio Grande do Sul que é considerado referência em várias especialidades de média e alta complexidade. A pesquisa foi aprovada pelo Centro de Pesquisa e Ensino da instituição e com carta de proficiência assinada pelo diretor técnico.

A população pesquisada foi a equipe de enfermagem, composta por 136 enfermeiros, 282 técnicos de enfermagem e 7 auxiliares de enfermagem, totalizando 425 profissionais vinculados à assistência de enfermagem em todos os turnos de trabalho. Utilizou-se uma amostra de 20% do quadro funcional escolhido aleatoriamente, sendo 6% de auxiliares de enfermagem, 7% de técnicos de enfermagem e 7% de enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2015 no local de trabalho dos participantes, que foram informados individualmente sobre os objetivos da pesquisa, o correto preenchimento do questionário e o agendamento da data de devolução do questionário. Neste mesmo momento os participantes da pesquisa foram informados da possibilidade de recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento.

O instrumento utilizado foi o questionário da *Agency for Health Research and Quality* (AHRQ) intitulado de *Hospital Survey on Patient Culture* (ver no Anexo 1), traduzido e disponível no site do Proqualis. Este questionário é caracterizado por ser de múltipla escolha, precisando optar por uma alternativa, excluindo-se as demais que são respostas totalmente diferentes.

Foi realizado contato com a AHRQ por e-mail para solicitar autorização para o uso do questionário, no qual informaram que o uso é livre e se fosse possível gostariam de receber os dados para armazenar em seu sistema e fazer comparativos com hospitais do mesmo porte e perfil. A AHRQ disponibiliza uma planilha de Excel para tratamento e análise de dados.

Segundo a AHRQ (2014), o questionário pode ser respondido por qualquer tipo de funcionário da organização, mas nessa pesquisa optou-se por uma amostra dos profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência com os pacientes. Foram

excluídos da pesquisa profissionais.

O questionário possibilita a análise das dimensões de cultura de segurança que ocorre nas instituições hospitalares. É um questionário com distribuição de 12 dimensões, composto por 42 itens que se apresentam em Escala de Likert de 5 (cinco) pontos, desde discordo totalmente ou nunca até concordo totalmente e sempre.

As questões da seção H são as que estão relacionadas com o perfil do participante e são numeradas de 1 a 9 podendo ter várias opções de respostas. As seções E e G estão relacionadas diretamente com a segurança do paciente e números de eventos notificados durante o período de 12 meses. Outras questões são relacionadas no questionário em âmbito de trabalho em equipe, o estresse, à percepção sobre a atitude dos gestores em relação à segurança, a satisfação com o trabalho, as condições de trabalho e o clima institucional. Nesta análise da pesquisa os profissionais acabam tendo variações de respostas e opiniões sendo definidas como positivo, negativo ou neutro.

Positivo é o percentual de respostas que foram classificadas com 4 ou 5 (Concordo/Concordo Totalmente ou na maioria das vezes/sempre) para perguntas formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou raramente/nunca) para perguntas formuladas de forma negativa. Neutro é o percentual de respostas que foram classificadas como 3 (não concordo nem discordo ou às vezes).

Negativo é o percentual de respostas que foram classificadas com 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou raramente/nunca) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou nunca/raramente) para perguntas de forma negativa.

A seguir no Quadro 1 são apresentadas as dimensões e as variáveis de resultado estudadas no questionário da AHRQ, sendo que cada uma das dimensões ou variáveis são medidas por pelo menos três perguntas.

Quadro 1: Descrição das Dimensões, Variáveis e Itens do Questionário da Pesquisa

<b>Dimensão ou Variável</b>	<b>Descrição</b>	<b>Perguntas no Questionário</b>
Cultura de segurança no âmbito das unidades de trabalho	Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes	B1, B2, B3 e B4
	Aprendizado organizacional e melhoria contínua	A6, A9 e A13



	Trabalho em equipe dentro das unidades	A1, A3, A4 e A11
	Abertura para as comunicações	C2, C4 e C6
	Feedback e comunicação a respeito de erros	C1, C3 e C5
	Respostas não punitivas aos erros	A8, A12 e A16
	Equipe de trabalho	A2, A5, A7 e A14
Cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar	Apoio da administração para a segurança do paciente	F1, F8 e F9
	Trabalho em equipe entre as unidades	F2, F4, F6 e F10
	Transferências internas e passagens de plantão	F3, F5, F7 e F11
Variáveis de resultado	Percepção geral sobre segurança do paciente	A10, A15, A17 e A18
	Frequência de relatórios de eventos	D1, D2 e D3

Fonte: AHRQ (2014).

## 4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISES E RESULTADOS DA PESQUISA

### 4.1 Apresentação do Caso

A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição hospitalar de médio porte do interior do Rio Grande do Sul, que é filantrópica de direito privado, sendo uma referência na sua região para várias especialidades de média e alta complexidade. O hospital possui 27,2 mil m<sup>2</sup> de área construída que possui 159 leitos de internação, contando com serviços de dois Centros Cirúrgicos, Centro Obstétrico, Central de Marcação de Exames, Central de Convênios, Densitometria Óssea, Ecografia, Emergência, Endoscopia e Colonoscopia, Fundef, Hemodiálise, Hemodinâmica, Litotripsia, Mamografia, Medicina Nuclear, Organização de Procura de Órgãos, Pronto Atendimento 24 horas, Quimioterapia, Radioterapia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Unidade de Tratamento Intensivo Adulto, Neonatal e Pediátrico.

Referente a amostra da pesquisa, foram disponibilizados 85 questionários, distribuídos nas diversas áreas do Hospital (emergência, internação clínica, internação cirúrgica, maternidade, centro obstétrico, quimioterapia, internação psiquiátrica, UTI adulto, pediátrica e neonatal). Desse total, houve a devolução de 65 questionários

respondidos corretamente, o que represente 76,5% da amostra inicial planejada. Neste caso, 40 questionários foram respondidos por técnicos de enfermagem, 24 por enfermeiros e 1 por auxiliar de enfermagem.

Segundo Fernandes e Queiroz (2011), os resultados considerados positivos são acima de 75% (excelente nível), entre 50% e 75% são considerados áreas sem problemática ou aspectos críticos e abaixo 50% considerado problemáticas e críticas.

De forma geral, 3 dimensões tiveram percentuais abaixo de 50% (Trabalho em equipe entre as unidades; Transferências internas e passagem de plantão; Equipe de trabalho), 5 dimensões com percentuais entre 50% e 75% (Abertura para as comunicações; Percepção geral sobre segurança do paciente; Feedback e comunicação a respeito dos erros; Apoio da administração para a segurança do paciente; Resposta não punitiva aos erros; Frequência de relatórios de eventos) e 3 dimensões com resultados de excelente nível (Aprendizado organizacional – Melhoria contínua; Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente dos supervisores e gerentes; Trabalho em equipe dentro das unidades), conforme demonstra a Tabela 1 abaixo.

Tabela 1: Média de respostas positivas aos Componentes da Cultura de Segurança do Paciente

<b><i>Componentes da Cultura de Segurança do Paciente</i></b>	<b><i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i></b>
Trabalho em equipe dentro das unidades	81%
Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente dos supervisores e gerentes	81%
Aprendizado organizacional – Melhoria contínua	76%
Frequência de relatórios de eventos	67%
Resposta não punitiva aos erros	67%
Apoio da administração para a segurança do paciente	59%
Feedback e comunicação a respeito dos erros	54%
Percepção geral sobre segurança do paciente	53%
Abertura para as comunicações	52%
Trabalho em equipe entre as unidades	43%
Transferências internas e passagem de plantão	41%
Equipe de trabalho	42%

## 4.2 Análise dos Resultados

Iniciando a análise pelas respostas do perfil dos participantes (setor H do questionário), identifica-se que a amostra da pesquisa é composta de 94% de mulheres e 6% de homens. A área de atuação dos profissionais é formada de 9% por diversas unidades ou nenhuma unidade específica, 38% da área clínica (internação clínica e cirúrgica), 6% da área de obstetrícia, 15% do setor de emergência, 24% da unidade de terapia intensiva adulta/pediátrica/neonatal, 5% da área de psiquiatria/saúde mental e 3% da área de quimioterapia.

Analisando o tempo de trabalho na instituição, 19% da amostra atua a menos de um ano, 60% entre 1 e 5 anos, 9% entre 6 a 10 anos, 6% entre 11 a 15 anos, 3% entre 16 a 20 anos e 3% entre 21 anos ou mais. Isso mostra que o quadro funcional é recente, de menos experiência e que a instituição tem uma grande rotatividade de quadro funcional, dificultando a disseminação da cultura de segurança. Logo, 79% dos profissionais que atuam na área pesquisada atuam a menos de 5 anos na instituição, portanto são profissionais de baixa experiência no desempenho da sua função e atribuições, deixando uma preocupação sobre a assistência prestada com qualidade e segurança do paciente, já que estas categorias necessitam de tempo para as práticas serem desenvolvidas com habilidade.

Resultado similar foi encontrado quando da análise do tempo em que os profissionais trabalham na atual unidade do hospital, sendo: 36% menos de um ano, 52% entre 1 e 5 anos, 11% entre 6 e 10 anos e 1% 21 anos ou mais.

Em relação a carga horária semanal de trabalho no hospital verificou-se que 8% trabalham entre 20 e 39 horas semanais e 92% entre 40 e 59 horas semanais. O que indica que os profissionais que participaram desta pesquisa, em sua grande proporção, desempenham jornada de 40 horas semanais, aparentemente dedicação exclusiva à instituição e compreendendo a missão e diretrizes da organização.

A seguir, analisam-se cada dimensão individualmente e as questões separadas porque os resultados podem apresentar diferenças significativas de resultado.

#### 4.2.1 Dimensão de Cultura de Segurança no âmbito de trabalho

Na dimensão de Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes o resultado da média foi 81% (ver Tabela 2), evidenciando que a liderança faz seu papel e ainda tem um olhar para a segurança do paciente. De acordo com o que se almeja, esta dimensão também mostra que o supervisor/gerente deve considerar as sugestões dos profissionais de toda a equipe, para com isso, poder construir propostas de melhoria em todos os processos dentro da instituição, inclusive os assistenciais.

Tabela 2: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes

	<i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Neutras</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Negativas</i>
B1 - O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	68%	20%	12%
B2 – O meu supervisor/chefia realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	80%	14%	6%
B3 – Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	82%	14%	4%
B4 – O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos meus problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	95%	3%	2%
<b>Média Total</b>	<b>81%</b>	<b>13%</b>	<b>6%</b>

O único ponto de percentual menor foi na questão de “o meu supervisor/gerente elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente” tendo 68% de respostas positivas, 20% neutras e 12% negativas. Com isso pode-se evidenciar que falta à liderança por vezes elogiar a equipe de que as coisas estão bem, não aparecendo somente no momento de crise.

A liderança influencia a segurança do paciente indiretamente falando sobre ela, mostrando e valorizando a equipe quando demonstra ações voltadas à segurança,

influenciam os profissionais a se organizarem em comitês de iniciativa de segurança e valorizando a comunicação da equipe sobre segurança.

Na Tabela 3 pode-se verificar os resultados em torno do Aprendizado organizacional e melhoria contínua. Ao analisar-se esta dimensão pode-se considerar que as pessoas pesquisadas consideram que o aprendizado organizacional é importante, pois 82% acreditam que “estamos fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, 65% evidenciam como positivo que “erros tem levado à mudanças positivas por aqui” e 82% “após implantarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade”.

Tabela 3: Aprendizado organizacional e melhoria contínua

	<i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Neutras</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Negativas</i>
A6 – Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	82%	16%	2%
A9 – Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	65%	20%	15%
A13 – Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	82%	16%	2%
<b>Total Média</b>	<b>76%</b>	<b>17%</b>	<b>7%</b>

Segundo Vicent (2009), para ter um aprendizado contínuo dentro das instituições, no que tange aos incidentes, deve ser analisado por uma perspectiva sistêmica, para assim compreender o “porque” das coisas saírem não da forma planejada e favorecer a melhoria dos processos em todas as suas fases.

Outro ponto positivo a se destacar é que para a cultura da aprendizagem existir, a cultura organizacional deve procurar sempre aprender com os incidentes e integrar aos processos de melhoria e desempenho no sistema de prestação de cuidados ao paciente, criando uma consciência de segurança para toda a equipe.

Conforme pode-se evidenciar dentro das unidades, há uma cultura organizacional de trabalho em equipe, pois atingiu-se 81% de respostas positivas relacionadas ao apoio entre as pessoas que atuam na unidade, pois quando há muito

trabalho realizam trabalho de equipe, sem individualidades e se tratam com respeito (ver Tabela 4).

Tabela 4: Trabalho em equipe dentro das unidades

	<i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Neutras</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Negativas</i>
A1 – Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	80%	9%	11%
A3 – Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	87%	5%	8%
A4 – Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	83%	12%	5%
A11 – Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam	75%	16%	9%
<b>Total Média</b>	<b>81%</b>	<b>11%</b>	<b>8%</b>

Já na Tabela 5, que trata do tema da Abertura para as comunicações, pode-se constatar que os profissionais tiveram uma média de 52% somente de respostas positivas, mostrando que 78% dos profissionais sentem liberdade de dizer algo para seu supervisor imediato sobre algo que pode afetar o paciente negativamente. Porém, quando se refere aos profissionais questionarem decisões ou ações de seus superiores somente 35% tiveram respostas positivas, 42% neutras e 33% negativas, podendo assim evidenciar que em algumas situações até questionam, mas na grande maioria não. Segundo Dingley et. al. (2008), deve-se desenvolver estratégias de comunicação, pois quando há comunicação ineficaz entre as equipes e seus membros a ocorrência de incidentes ao paciente pode ser maior, e para a prevenção de resultados negativos e implementação de intervenções é necessária a comunicação efetiva.

Tabela 5: Abertura para as comunicações

	<i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Neutras</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Negativas</i>
C2 – Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	78%	17%	5%
C4 – Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	35%	42%	33%
C6 – Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	43%	48%	9%
<b>Total Média</b>	<b>52%</b>	<b>36%</b>	<b>12%</b>

Outro ponto a ser destacado é no item da pergunta “os profissionais têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo”, pois 43% respostas foram positivas, 48% neutras e 9% negativas, mostrando a mesma situação do item anterior relatado.

Além disso, consegue-se observar na Tabela 6, que aborda a dimensão de feedback e comunicação a respeito dos erros, que a média total foi de 54% de respostas positivas, 30% ficaram neutras e 16% negativas.

Tabela 6: Feedback e comunicação a respeito de erros

	<i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Neutras</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Negativas</i>
C1 – Nós recebemos informações sobre mudanças implementados à partir dos relatórios de eventos	54%	22%	24%
C3 – Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	52%	32%	16%
C5 – Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	55%	37%	8%
<b>Total Média</b>	<b>54%</b>	<b>30%</b>	<b>16%</b>

A comunicação é um fator contribuinte para a segurança do paciente e satisfação das pessoas, porque se a comunicação é ineficaz entre os membros da

equipe ela contribui para danos na assistência. A realimentação das informações à equipe é outro fator de extrema importância para que ocorra o envolvimento das equipes em lidar melhor com erro e saber da vital importância de melhorar um processo que é falho, mostrando ainda a importância de cada um no processo de melhoria da instituição.

Na Tabela 7 aborda-se o tema das respostas não punitivas aos erros, no qual pode-se verificar que a equipe, na sua grande maioria (67%), tem confiança em notificar incidentes, pois a instituição tem uma cultura de não punição e de melhoria nos processos e qualidade no atendimento prestado ao paciente. Ainda, 21% das respostas foram neutras e 12% foram negativas, o que mostra a necessidade de se trabalhar para uma melhoria a fim de se romper esta barreira de comunicação de eventos que provavelmente não são ainda notificados.

Tabela 7: Respostas não punitivas aos erros

	<i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Neutras</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Negativas</i>
A8 – Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	72%	19%	9%
A12 – Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	63%	23%	14%
A16 – Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	65%	21%	14%
<b>Total Média</b>	<b>67%</b>	<b>21%</b>	<b>12%</b>

A notificação de eventos ainda gera em uma minoria o medo da punição e que a instituição se volta em busca de culpados e não na melhoria de processo o que deve ser trabalho pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

Já na Tabela 8, é possível analisar-se o tema da Equipe de Trabalho, no qual 55% dos participantes da pesquisa afirmaram que não há pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho (discordo totalmente/discordo), 23% não concordam nem



discordam e 22% concordam e concordam totalmente que há pessoal suficiente para atender a carga de trabalho.

Tabela 8: Equipe de Trabalho

	<i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Neutras</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Negativas</i>
A2 – Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	22%	23%	55%
A5 – Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	37%	18%	45%
A7 – Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	68%	23%	9%
A14 – Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	51%	21%	28%
<b>Total Média</b>	<b>42%</b>	<b>22%</b>	<b>34%</b>

Em relação aos colaboradores trabalharem mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente, 37% responderam discordo totalmente/discordo, 18% não concordam nem discordam e 45% concordo/concordo totalmente, evidenciando assim que há divergências de opiniões entre concordar ou não de que estão sobrecarregados em função da escala de trabalho, mas ainda a maioria acha que sua carga horária é maior.

Na utilização de profissionais temporários/terceirizados 68% acha que não são contratados este tipo de funcionário, sendo que a instituição hospitalar estudada não mantém esta prática. E em relação ao trabalho em “situação de crise”, 51% concordam totalmente/concorda, 21% ficaram neutros e 28% acham que trabalham sim tentando fazer muito e muito rápido.

No geral evidencia-se que o quadro funcional não é o que a equipe gostaria, o que na verdade é uma realidade de muitas instituições no quadro atual, mas também gera uma preocupação porque a questão estrutural de pessoal afeta diretamente a

segurança do paciente e é importante ter o número suficiente de profissionais qualificados para um atendimento de qualidade nas instituições hospitalares.

#### 4.2.2 Dimensão de cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar

No que tange ao apoio da Administração do hospital para o tema da segurança do paciente, a maioria dos participantes da pesquisa (59%) tem uma visão positiva da administração quanto ao tema, porém, 29% dos participantes não se posicionaram e 12% possuem opiniões negativas. Isso mostra que ainda há uma porcentagem que não se posiciona por não saber qual é a visão da grande chefia administrativa e que isso deve ser trabalhado com as equipes. As equipes que trabalham na “ponta” com o paciente devem saber a importância de a área da gestão estar engajada à segurança do paciente, pois as melhorias que exigem tempo, recursos e tomada de decisões maiores são decididas por eles.

Tabela 9: Apoio da administração para a segurança do paciente

	<i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Neutras</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Negativas</i>
F1 – A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	60%	35%%	5%
F8 – As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	71%	20%	9%
F9 – A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	46%	32%	22%
<b>Total Média</b>	<b>59%</b>	<b>29%</b>	<b>12%</b>

Na Tabela 10 é possível verificar-se o tema do trabalho em equipe entre as unidades hospitalares. As questões F2 e F6 tem sentido negativo, utilizando-se as conotações de porcentagem média positivas para as respostas em discordo totalmente/discordo e negativas para concordo totalmente/concordo. A média positiva total de 43% mostra que não há uma cultura organizacional de trabalho em equipe, o que difere quando analisam-se o trabalho em equipe nas unidades (Tabela 4), sendo

que o remanejamento entre as unidades é considerado negativo pelos funcionários. Mas ainda se têm um percentual de 35% que ficou sem concordar ou discordar e 22% negativos que não tem problema com trabalho em equipes dentro da instituição.

Tabela 10: Trabalho em equipe entre as unidades

	<i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Neutras</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Negativas</i>
F2 – As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	35%	42%	23%
F4 – Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	45%	35%	20%
F6 – Muitas vezes é desagradável trabalhar com os profissionais de outras unidades do hospital	32%	28%	40%
F10 – As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	60%	34%	11%
<b>Total Média</b>	<b>43%</b>	<b>35%</b>	<b>22%</b>

Outro ponto de destaque é a questão de que “muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades”, sendo que 40% têm esta conotação, podendo avaliar individualmente algumas situações pessoais entre os profissionais que fizeram os mesmos a responder desta forma.

As questões em relação aos temas das transferências internas e passagens de plantão (ver Tabela 11) também possuem conotações negativas, sendo consideradas positivas as respostas discordo totalmente/discordo e negativas concordo totalmente/concordo. Nesse caso, verifica-se que a média total é de 41% de respostas positivas, 23,5% neutras e 35,5% negativas, porém, entre as questões verificam-se percentuais diferentes de respostas.

Tabela 11: Transferências internas e passagens de plantão

	<i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Neutras</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Negativas</i>
F3 – O processo de cuidado é comprometido quando o paciente é transferido de uma unidade para	45%	29%	26%

a outra

F5 – É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno

29%

15%

56%

F7 – Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades de internação do hospital

21,5%

32,5%

46%

F11 – Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas ao paciente

69%

17%

14%

**Total Média**

**41%**

**23,5%**

**35,5%**

Na questão sobre “o processo de cuidado é comprometido quando o paciente é transferido de uma unidade para a outra”, verifica-se que 45% responderam positivo, 29% ficaram neutros e 26% negativos, ou seja, ocorre a perda de informação na troca de unidades, mas para alguns às vezes sim e outras vezes não, além de outros terem afirmado que não se perde. A comunicação na passagem de plantão é um item importante para segurança do paciente porque mesmo que o paciente tenha trocado de unidade seu cuidado deve ter continuidade.

Em relação à questão de passagem de plantão de um turno para outro vê-se que este percentual cai para 29% de respostas positivas, 15% neutras e 56% negativas, evidenciando que entre as unidades também há problema em passagem de plantão. Na questão de problema de troca de informação entre as unidades de internação o percentual positivo é 21,5%, neutro 32,5% e negativo 46%, mantendo comportamento similar a questão anterior.

E referente a questão de mudanças de plantão são problemáticas ao paciente 69% responderam positivo, 17% neutro e 14% negativo. A comunicação entre as unidades e dentro das unidades é de extrema importância para o melhor cuidado do paciente e segurança do mesmo. Enfatizando que as atitudes individuais de cada profissional têm influência nesta análise, mas independente disso a comunicação deve ser avaliada pela instituição e ser trabalhada.

### 4.2.3 Dimensão de variáveis de resultado

Na análise da Tabela 12, que aborda a percepção geral sobre a segurança do paciente, as questões A10 e A17 têm conotações negativas, sendo considerado positivas as respostas discordo/discordo totalmente e negativo concordo/concordo totalmente. Assim, a percepção geral de segurança do paciente teve uma média de respostas positivas de 53%, neutras 17,5% e negativas de 29,5%.

Tabela 12: Percepção geral sobre segurança do paciente

	<i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Neutras</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Negativas</i>
A10 – É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	72%	12%	16%
A15 – A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	35%	17%	48%
A17 – Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	37%	18%	45%
A18 – Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	68%	23%	9%
<b>Total Média</b>	<b>53%</b>	<b>17,5%</b>	<b>29,5%</b>

Pode-se avaliar de uma forma geral que 72% dos pesquisados acham que os erros não ocorrem por acaso e que precisam ser prevenidos, 48% acha que a segurança do paciente é comprometida em função de maior quantidade de trabalho, que nesta instituição pesquisada ainda falta ações de segurança do paciente (45%) e 68% consideram que o hospital possui processos de segurança para prevenir erros, mas não na sua totalidade.

Conforme mostra os resultados da Tabela 13, mesmo a instituição hospitalar pesquisada trabalhando as notificações pelo Núcleo de Segurança do Paciente, consegue-se identificar que 67% das respostas são positivas em relação às notificações de eventos, 22% neutros e 11% negativos. Isso mostra que a instituição em estudo ainda tem que trabalhar com as equipes a respeito de notificações de

incidentes, o que notificar, como notificar e quando notificar. Sabe-se que tem muitos motivos que levam as pessoas a não notificar um evento, como vergonha, autopunição, medo de críticas e entre outros, porém, essa pesquisa mostra na Tabela 7 que os profissionais desta instituição estudada não têm a percepção de que irão ser punidos.

Tabela 13: Frequência de relatórios de eventos

	<i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Neutras</i>	<i>Porcentagem Média Respostas Negativas</i>
D1- Quando ocorre um erro, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado?	68%	12%	20%
D2 – Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	63%	28%	9%
D3 – Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	69%	25%	6%
<b>Total Média</b>	<b>67%</b>	<b>22%</b>	<b>11%</b>

Avaliando a Tabela 14, que diz respeito as notificações dos últimos 12 meses, pode-se identificar que a notificação de incidente ficou mais focada no enfermeiro da unidade. Isto deve ser trabalhado com os técnicos/auxiliares de enfermagem sobre a importância das notificações, pois 85% nos últimos 12 meses não notificaram nenhum evento.

Tabela 14: Referente pergunta seção G – Número de eventos notificados: “Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?”

<i>Número de Eventos Reportados</i>	<i>Enfermeiros</i>	<i>Técnico/Auxiliar de Enfermagem</i>
Nenhum	8%	85%
De 1 a 2 notificações	17%	7%
De 3 a 5 notificações	47%	0%
De 6 a 10 notificações	18%	0%
De 11 a 20 notificações	5%	5%
Mais de 21 notificações	5%	3%

Finalmente, os pesquisados foram questionados sobre a avaliação da segurança do paciente em sua unidade de trabalho este (ver Tabela 15), o qual pode-se verificar que os resultados apontam para uma percentagem maior entre excelente e muito boa para as categorias avaliadas entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem.

Tabela 15: Referente pergunta seção E – Avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital

	<i>Enfermeiros</i>	<i>Técnico/Auxiliar de Enfermagem</i>
Excelente	12,5%	3%
Muito Boa	62,5%	68%
Regular	21%	29%
Ruim	4%	0%
Muito Ruim	0%	0%

#### 4.2.4 Comparação dos Resultados conforme dados da AHRQ

A AHRQ (2014) disponibiliza os resultados de pesquisas realizadas em outras instituições hospitalares em todo o mundo, incluindo aquelas com características e porte similares aos da instituição pesquisadas nesse trabalho. Na Tabela 16 é possível verificar os resultados comparativos dos itens e dimensões em torno do tema da segurança do paciente.

Tabela 16: Comparação dos Resultados da Pesquisa x Dados da AHRQ

<i>Componentes da Cultura de Segurança do Paciente</i>	<i>Porcentagem Média de Respostas Positivas</i>	<i>Porcentagem média Base Dados AHRQ</i>
Trabalho em equipe dentro das unidades	81%	82%
Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente dos supervisores e gerentes	81%	78%
Aprendizado organizacional – Melhoria contínua	76%	74%
Frequência de relatórios de eventos	67%	68%
Resposta não punitiva aos erros	67%	47%
Apoio da administração para a segurança do paciente	59%	68%
Feedback e comunicação a respeito dos erros	54%	70%
Percepção geral sobre segurança do	53%	68%

paciente		
Abertura para as comunicações	52%	65%
Trabalho em equipe entre as unidades	43%	62%
Transferências internas e passagem de plantão	41%	42%
Equipe de trabalho	42%	54%

---

Entre as 12 dimensões, a instituição pesquisada em relação às outras instituições têm 3 percepções com percentagens acima da média (Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente dos supervisores e gerentes; Aprendizado organizacional – Melhoria contínua; Resposta não punitiva aos erros), 3 com as médias praticamente as mesmas (Trabalho em equipe dentro das unidades; Frequência de relatórios de eventos; Transferências internas e passagem de plantão) e as demais abaixo da média, mostrando fatores que devem ser melhorados como dimensionamento pessoal, trabalho em equipe entre as unidades, feedback de eventos notificados e apoio da administração à segurança do paciente.

As lideranças e gerências tem um olhar voltado em prol de uma assistência segura à saúde, sendo visto de forma positiva pelos profissionais, o que é fundamental para a cultura de segurança ser disseminada em uma instituição.

Em relação ao aprendizado contínuo, a instituição tem um programa de educação continuada que oferece aos funcionários treinamentos durante todo o ano em diversos temas e áreas de atuação. Todo final de ano é realizado uma avaliação por parte dos funcionários sobre os treinamentos e quais são considerados importantes para cada unidade e que eles gostariam que fossem oferecidos. Outro ponto positivo é o programa de Tutoria de Enfermagem, no qual no momento da admissão do funcionário de enfermagem na instituição ele passa por um período de duas semanas de aulas teóricas sobre rotinas e procedimentos institucionais, buscando assim que todos tenham padronizadas as rotinas.

Para a organização os erros representam uma oportunidade de melhoria e aprendizado e são avaliados individualmente em cada caso. O desenvolvimento de uma cultura de aprendizado se dá por meio da análise profunda dos incidentes. As notificações de evento inclusive podem ser realizadas na forma de “anônimo”, deixando



os funcionários da organização mais à vontade para notificar sem se identificar em algumas situações.

Nos pontos de melhoria, o feedback das notificações deve ter uma atenção melhor, sendo colocado nas unidades, mensalmente, os seus indicadores assistenciais de forma que os profissionais consigam ter um retorno de que o que notificam tem ações e tratamento corretivo para que não se perca a credibilidade do processo. Inclusive deve-se dar mais enfoque nas medidas de educação após os pontos de melhoria serem identificados.

O dimensionamento de pessoal está sendo avaliado junto à Direção e Coordenação de Enfermagem do hospital, pois há escassez de algumas funções no quadro funcional, mais propriamente dito os técnicos de enfermagem. Isso levou o hospital à firmar parceria com uma instituição de ensino superior local para um curso técnico custeado 100% pela instituição. O objetivo é oportunizar aos colaboradores do hospital um curso técnico e em contrapartida diminuir a defasagem de profissionais no quadro funcional.

Para o trabalho em equipe entre as unidades deve ser realizado um projeto entre as lideranças das unidades para que se tenha um ambiente de trabalho com harmonia e que em qualquer lugar da instituição o funcionário se sinta acolhido e bem-vindo.

A segurança do paciente é um assunto que se fala a pouco tempo dentro das instituições hospitalares e é visto ainda por parte dos administradores hospitalares como um programa que demanda um custo de melhoria de estrutura física e conseqüentemente custos. A Direção do hospital pesquisado criou um Comitê de Gerenciamento de Risco e Núcleo de Segurança do Paciente, porém, os profissionais que trabalham na instituição não veem melhorias que precisam ser feitas na ponta, a beira de leito. Mas existe um planejamento estratégico que aguarda recursos para ser implantado. Outro ponto importante é que a atual Diretoria do hospital é nova e recente, mas acabou já realizando medidas de melhorias em relação à segurança de prescrição médica e medicamentos, sendo que foi implantado um sistema de checagem a beira do leito que hoje é considerado um dos melhores e mais seguro processo de administração de medicamentos. Porém, os funcionários da instituição acabam não vendo isso como comprometimento da Direção com a segurança do paciente.

## 5. CONCLUSÕES

Através da pesquisa realizada se pode analisar a cultura de segurança do paciente através da percepção da equipe de enfermagem de um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul, procurando identificar as oportunidades de melhoria e pontos fortes relacionado às questões vinculadas a esta pesquisa.

Algumas questões foram consideradas como excelente na instituição porque ficaram com média acima de 75% de respostas positivas, que foram as expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes com 81%, trabalho em equipe dentro das unidades com 81% e aprendizado organizacional e melhoria contínua com 76%.

Isto nos mostra que os líderes estão engajados quando o assunto é a segurança do paciente, participam diretamente em comitês e influenciam aos outros sobre o assunto. Estas atitudes influenciam diretamente na questão de não punição e ameniza o medo da notificação, o que se pode evidenciar também na questão da não punição.

O trabalho em equipe dentro das unidades demonstra que os colaboradores não têm problemas de relação com a equipe que trabalham, diferente do que foi visto na questão de trabalho entre as equipes da instituição.

No que se refere ao aprendizado organizacional e melhoria contínua também se teve um resultado excelente, pois sabe-se que para uma instituição ter um nível de cultura de segurança acima da média há necessidade de se trabalhar por uma educação continuada, e analisando os incidentes para a melhoria de algum processo ou rotina.

Conseguiu-se identificar os pontos de vulnerabilidade relacionado ao trabalho entre equipes dentro da instituição, transferências internas e passagens de plantão e equipe de trabalho. Estes resultados ficaram abaixo de 50% da média total e puderam ser considerados como pontos de melhoria.

Para o trabalho em equipe a instituição deve encontrar uma estratégia para que fortaleça o trabalho entre as equipes, que as adversidades sejam melhoradas, que tenha mais cooperação, coordenação e comunicação que é um dos pontos para o melhor cuidado ao paciente. Inclui-se nesta questão de comunicação as transferências

internas e passagens de plantão porque as informações do paciente e do seu cuidado deve ter continuidade nas 24 horas por dia de assistência.

O dimensionamento de pessoal também é outro fator que deve ser trabalhado entre os gestores para que não haja sobrecarga de trabalho, diminuição de qualidade na assistência e para que não afete a segurança do paciente.

As dimensões que ficaram na média de 50% à 75% não são consideradas problemáticas na instituição pesquisada, porém, devem ser revistas para ter um desenvolvimento posterior positivo. Se enquadram nesta média as respostas não punitivas aos erros (67%), frequência de relatórios de eventos (67%), apoio da administração para a segurança do paciente (59%), feedback e comunicação a respeito de erros (54%), percepção geral sobre segurança do paciente (53%) e abertura para as comunicações (52%).

Em relação a frequência de relatórios de eventos e feedback, a respeito das notificações, os resultados apontam que mesmo existindo um Núcleo de Segurança do Paciente que recebe as notificações, o mesmo não monitora e gerencia os processos, não realiza a realimentação da equipe que notificou, permitindo que erros não sejam identificados precocemente. Os membros deste comitê não têm exclusividade de função para desenvolver todas as atividades que seriam necessárias para esta instituição.

As respostas não punitivas tiveram um percentual adequado, porém, verifica-se que algumas pessoas ainda tem o medo da notificação, não entendem a importância de notificar para poder corrigir falhas nos processos e incidentes serem prevenidos.

A percepção geral de cultura de segurança mesmo ficando com nível médio de 53% deve ser revista e enfatizada entre as equipes, pois além de ser uma cultura organizacional ela relaciona atitudes individuais que influenciam diretamente no local de trabalho. Deve-se promover a crença de que a mudança e a melhoria são possíveis na instituição a partir do trabalho em conjunto de todos e que todos são importantes neste processo.

No que tange à segurança do paciente na visão da administração, 59% das respostas foram positivas, mas a gestão tem um papel importante na segurança do

paciente, pois deve ser sensível para detectar as necessidades na sua organização e permitir um ambiente seguro.

E referente à comunicação, 53% responderam de forma positiva esta variável, mas vale ressaltar que a comunicação é vital para o funcionamento de qualquer organização, o que mostra a importância dos profissionais saberem ter um diálogo com a equipe, respeitando opiniões e refletindo ideias.

Em relação à como os profissionais veem a segurança do paciente na sua unidade, 72% consideraram excelente e muito boa.

Quanto aos eventos notificados, ainda pode-se perceber que existe subnotificação, pois 67% da média geral teve respostas positivas. O que ocorre é que muitos profissionais não identificam os erros ou por medo não relatam ao superior imediato. Outro ponto evidenciado é que 85% dos técnicos/auxiliar de enfermagem não realizaram nenhuma notificação nos últimos 12 meses, resultado bem diferente para os enfermeiros. Isso mostra que a instituição deve repensar a educação dos profissionais a respeito das notificações e como notificar, pois, possui um sistema eletrônico de notificação e inclusive com usuário anônimo para a não identificação do profissional.

Conforme pode-se observar nos resultados dessa pesquisa, todas as dimensões analisadas são fundamentais para o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente e na minimização dos incidentes dentro das instituições hospitalares. O importante é que cada instituição consiga mensurar seus pontos fortes e quais pontos de melhoria, para poder elaborar um plano de segurança do paciente, controlar ou eliminar os pontos de maior risco aos pacientes e tentar influenciar a todos da instituição da importância de cada um para este processo dar certo. Segurança do paciente é responsabilidade de todos os profissionais que trabalham dentro de uma instituição hospitalar independente da sua função.

Após a implantação de um plano de melhoria baseado nos dados provenientes deste estudo de caso, sugere-se como futuros trabalhos uma replicação dessa pesquisa para se verificar a efetividade das ações implantadas, podendo também ser aplicado em cada unidade separadamente para poder mensurar em cada local da instituição quais pontos estão mais críticos e trabalhá-los individualmente. A mudança

de cultura nas organizações é um processo construído ao longo do tempo e tem que ser avaliado periodicamente.

## REFERÊNCIAS

- 1) Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI). **Organising for safety: Third report. Study group on human factors**. Health and Safety Commission. England, 1993.
- 2) Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **ANVISA**. 2005. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicos/hsentinela/historico.htm>>. Acessado em 02 de janeiro de 2015.
- 3) Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática** /Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2013.
- 4) Agency for Healthcare Research and Quality. **Patient Safety**. Disponível em: <<http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx=P>> Acessado em 20 de dezembro de 2014.
- 5) CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2.ed. Porto Alegre: Editora Artmed. 2007.
- 6) DINGLEY, C.; et al. **Improving patient safety through provider communication strategy enhancements**. In: HENRIKSEN, K. et al. (Eds). **Advances in patient safety: new directions and alternative approaches**. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008. V. 3. Disponível em: <http://ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>>. Acessado em 10 de Maio de 2015.
- 7) FLEURY, M. T. L; FISCHER, R. M. **Cultura e Poder nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1996.
- 8) INSTITUTE OF MEDICE. **Medicare: a strategy for quality assurance**. Volume I.

- Washington, D.C.: National Academy Press, 1990. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/1547.htm>>. Acessado em 05 de Janeiro de 2015.
- 9) JURAN, J. M. **Juran Planejando a Qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1990.
- 10) KOHN, L. T.; CORRIGNAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. 2. ed. Washington: National Academy of Sciences, 2000.
- 11) MARTINS, JUNIOR. J. Como escrever trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos. 5. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
- 12) MIRSHAWKA, V. **Hospital. Fui bem entendido?** Makron Books, Rio de Janeiro, 1994.
- 13) NIEVA, V. F.; SORRA, J. **Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations**. Qual Saf Heath Care, 2003.
- 14) OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- 15) PIRES, J. C. S.; MACÊDO, K. B. **Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil**. Revista de Administração Pública, v. 40, n. 1, p. 81, 2006.
- 16) **Questionário Survey on Patient Safety Culture – Pesquisa sobre segurança do paciente em hospitais (HSOPSC)**. Disponível traduzido no site Proqualis: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002442leoxaL.pdf>. Acessado em 10/12/2014.
- 17) RDC N°36/2013. Acessado em: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br) em 10 de Fevereiro de 2015.
- 18) SORRA, J.; NIEVA, V. F. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. AHRQ Publication, n.04-0041. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality. Sept, 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospcult.pdf>> Acessado em 20 de Dezembro de 2014.
- 19) **The Canadian Patient Safety Dictionary**, 2003. Disponível em: <[www.biyoe tick.org.tr/makeleler/Malpraktis/PacientSafetyDictionary.pdf](http://www.biyoe tick.org.tr/makeleler/Malpraktis/PacientSafetyDictionary.pdf)>.
- 20) VINCENT, C. **Segurança do Paciente: Orientações para evitar eventos adversos**. Videira, São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.
- 21) WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Working together for health: the world health report 2006**. Geneva: WHO Press, 2006.
- 22) YIN, Robert K. **Estudo de Caso – Planejamento e Métodos**. 4ª ed. Brookmann,

2010.

## ANEXOS

### **ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **Projeto de Pesquisa: A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa:

**A justificativa, os objetivos e os procedimentos:** a justificativa deste trabalho acadêmico está relacionado em identificar das percepções da equipe de enfermagem de uma organização sobre a dimensão da segurança do paciente. O objetivo será analisar a cultura de segurança da assistência prestada em um Hospital Filantrópico conforme a percepção da equipe de enfermagem, de modo que será utilizado um questionário para a decorrente pesquisa. Dessa maneira, a sua participação consiste no preenchimento do questionário, respondendo as questões no instrumento de coleta de dados.

**Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de anonimato:** Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. As pesquisadoras irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento será arquivada pelas pesquisadoras e outra será fornecida a você.

**Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos:** A sua participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional em caso de haver gastos de tempo, transporte, creche, alimentação, entre outros.



**Declaração da participante ou do responsável pela participante :Eu**

.....  
fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão de não participar se assim o desejar. Os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvido pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a pesquisadora Tatiana dos Santos Schuster, pelo telefone 51-92828701. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

**Participante da pesquisa**

---

Prof. PhD Rodrido Pinto Leis  
Pesquisador Responsável

---

Tatiana dos Santos Schuster  
Enfermeira

e-mail: santos\_ttaty@hotmail.com  
Telefone: 51-9282-8701

**ANEXO B – Questionário *Survey on Patient Safety Culture***

**AVALIAÇÃO HOSPITALAR SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

**Traduzido e disponibilizado para cópia em pdf pelo site do Proqualis**

*Fonte: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) – Survey on Patient Safety Culture*