

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

Renata Machado Brasil

A Cultura de Segurança do Paciente em Hospital de Trauma de Porto Alegre

**Porto Alegre 2022
Renata Machado Brasil**

Renata Machado Brasil
A Cultura de Segurança do Paciente em Hospital de Trauma de Porto Alegre

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Área de Concentração: Saúde Coletiva
Linha de Pesquisa: Saúde, Sociedade, Educação e Humanidades

PORTO ALEGRE
2022

CIP - Catalogação na Publicação

Machado Brasil, Renata
A Cultura de Segurança do Paciente em Hospital de
Trauma de Porto Alegre / Renata Machado Brasil. --
2022.
78 f.
Orientador: Alcindo Antônio Ferla.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2022.

1. segurança do paciente. 2. cultura de segurança
do paciente. 3. gestão de segurança. I. Antônio Ferla,
Alcindo, orient. II. Título.

O primeiro requisito de um hospital é que jamais deveria fazer mal ao doente.

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

O caminho percorrido não foi fácil, mas imensamente prazeroso. Ainda que atravessado por uma pandemia de proporções catastróficas. Sobretudo após ter tido COVID-19 em 2021, felizmente já vacinada com a 2ª dose. Entretanto, a minha memória e capacidade de concentração ficaram muito prejudicadas, mas segui no ritmo que era possível.

Ao meu orientador Alcindo Ferla, o agradecimento, pelo conhecimento compartilhado, pelas palavras motivadoras e compreensão pelas minhas ausências temporárias.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ao corpo docente do PPG-COL pelo ensino de qualidade e comprometimento com uma educação inclusiva e solidária.

Aos meus colegas do Hospital de Pronto Socorro que me apoiaram e participaram ativamente para a realização desse trabalho.

As minhas irmãs Fabiane e Chaiene que caminham sempre junto comigo.

Aos meus amores Antônio e André Luís, pelo colo e compreensão nos momentos em que estive ausente e não consegui dar-lhes a atenção merecida.

Aos meus queridos pais, Ilo Renato e Vânia que são os meus exemplos de determinação, perseverança e resiliência.

A Deus, por tudo.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura1- Distribuição dos estabelecimentos de saúde que realizaram a avaliação por unidade federativa (UF).

Quadro 1 - Percentual de respostas positivas por dimensão. Porto Alegre/RS 2022.

Tabela 1. Variáveis relacionadas à atividade laboral dos participantes.

Porto Alegre/RS 2022.49

Tabela 2. Percepção de segurança do paciente no ambiente de trabalho. Porto Alegre/RS, 2022.....52

Tabela 3- Quantidade de eventos adversos notificados. Porto Alegre/RS 2022.

Tabela 4 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada. Porto Alegre 2022

Tabela 5 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada. Porto Alegre 2022

Tabela 6 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada. Porto Alegre 2022

Tabela 7 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada. Porto Alegre 2022

Tabela 8 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada. Porto Alegre 2022

Tabela 9 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada. Porto Alegre/RS, 2022.

Tabela 10 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada. Porto Alegre/RS 2022

Tabela 11 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada. Porto Alegre/RS, 2022

Tabela 12 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada. Porto Alegre/RS, 2022

Tabela 13- Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada. Porto Alegre/RS, 2022.

Tabela 14 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada. Porto Alegre/RS, 2022

Tabela 15 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada. Porto Alegre/RS, 2022.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
CEP	Comitê de Ética de Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EA	eventos adversos
EPI	equipamento de proteção individual
ESP	equipe de segurança do paciente
HPS	Hospital de Pronto Socorro
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IOM	Institute of Medicine
LAA	licença aguarda aposentadoria
LAIS	laboratório de inovação e tecnologia em saúde
LPP	Lesão por pressão
OPAS	organização panamericana de saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UI	unidade de internação
UTI	unidade de terapia intensiva

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente é um princípio da qualidade do cuidado. Contudo, a escassez de estudos sobre essa temática em hospitais de trauma, me instigaram a pesquisar esse tema que impacta diretamente na qualidade da assistência.

Objetivo: Analisar a cultura de segurança dos profissionais da equipe assistencial e de apoio de um hospital de trauma.

Metodologia: Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativo, sendo a quanti um estudo transversal, o qual utilizou dados que foram coletados a partir do instrumento *Hospital Surveyon Patient Safty Culture (HSOPSC)*, realizado em um hospital de Porto Alegre com 72 participantes.

Resultados e discussão: A cultura de segurança mostrou-se frágil, apresentando um percentual de respostas positivas de 41,1%. A dimensão trabalho em equipe apresentou (73,7% de respostas positivas) seguida pelas dimensões e aprendizagem organizacional/ melhoria contínua (72,2%). Enquanto as maiores fragilidades foram resposta não punitiva aos erros (15,3%), dimensionamento de pessoal (21,8%) e percepção de segurança(28%).

Aplicabilidade no campo da Saúde Coletiva:

A contribuição mais relevante da pesquisa foi de tornar visível o contexto da cultura de segurança do paciente num momento de crise na organização dos serviços e redes de atenção, representada pela forma como o enfrentamento à pandemia de COVID-19 foi proposta no âmbito nacional e as consequências que essa condição produziu no cotidiano do trabalho de um dos principais serviços do sistema único de saúde no território de Porto Alegre.

Considerações finais: O trauma impõe cotidianamente uma emergência, portanto requer equipes interdisciplinares devidamente capacitadas para prestar um cuidado seguro baseado nas melhores evidências, boas práticas e trabalho interdisciplinar.

Palavras chaves: Segurança do paciente. Cultura de Segurança do Paciente. Gestão da segurança.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety is a basic principle for the quality of care. The scarcity of studies on the culture of patient safety in trauma hospitals, prompted me to research this theme that directly impacts the quality of care.

Objective: To analyze the safety culture of care team professionals and support team professionals of a hospital specialized in trauma.

Methodology: This is a quantitative-qualitative study. The quantitative component is characterized as a cross-sectional study. Data were collected from the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) instrument. The study was conducted in a trauma hospital in Porto Alegre. Sample consisted of 72 participants.

Results: The safety culture was fragile, presenting an average percentage of positive responses of 41.1%. The dimension of teamwork in the service unit presented the best result (73.7% of positive responses) followed by dimensions and organizational learning/continuous improvement (72.2%). While the dimensions with the greatest weaknesses were a non-punitive response to errors (15.3%), personnel dimensioning (21.8%) and perception of safety (28%).

Aplicability in the field of Public Health:

The most relevant contribution of the research was to make visible the context of the patient safety culture at a time of crisis in the organization of services and care networks, represented by the way in which combating the COVID-19 pandemic was proposed at the national level and the consequences that this condition produced in the daily work of one of the main services of the single health system in the territory of Porto Alegre

Conclusion: Trauma imposes an emergency daily, so it requires interdisciplinary teams that are in the process of being properly trained to provide safe care. I emphasize that qualified and safe care is based on care based on the best evidence, good practices and interdisciplinary work.

Keywords: Patient safety. Patient Safety Culture. Security management.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	19
3.2 CULTURA JUSTA.....	22
4 MATERIAL E MÉTODOS	24
4.1 DELINEAMENTO.....	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	26
4.5 DESCRIÇÃO DA LOGÍSTICA DO ESTUDO.....	26
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	34
APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39
ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	41
ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	46

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um princípio básico para a qualidade do cuidado. Constitui um grande desafio para as instituições de saúde mundialmente e é crescente, na medida em que se adensa a tecnologia no interior dos serviços, novos recursos são desenvolvidos e incorporados continuamente e a cultura social para erros e desfechos desfavoráveis nos procedimentos assistenciais se torna mais rigorosa com o cuidado no interior das instituições de saúde. A prática insegura ainda persiste nos processos assistenciais e administrativos dos estabelecimentos de saúde em todo o mundo. A segurança do paciente é definida como a redução do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde, até um mínimo aceitável, pois, considerando-se a complexidade de procedimentos e tratamentos, o potencial para o dano é real (WACHTER, 2013; WHO, 2002, 2009).

As orientações oficiais para o sistema de saúde brasileiro são de que em toda a Rede de Atenção à Saúde, que se configura como um conjunto de ações e serviços, com densidades tecnológicas distintas e focados na integralidade e qualidade do cuidado, a segurança deve ser valorizada como um direito do paciente e um compromisso ético do profissional de saúde. Assim, os múltiplos pontos de atenção à saúde (como, por exemplo, domicílios, unidades básicas de saúde, serviços de hemoterapia e hematologia, centros de apoio psicossocial e hospitais) devem proporcionar cuidados e serviços seguros à população atendida (BRASIL, 2010). A segurança na realização dos procedimentos, também se associa a adequada informação ao paciente e acompanhantes e a produção de uma cultura mais adequada às concepções de saúde vigentes, que são construídas social e historicamente.

Desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, sistema esse dinâmico e complexo, baseado no princípio da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, é assegurada legalmente a continuidade de cuidados à população, no nível primário, secundário e terciário (PAIM et al., 2011). Os avanços das pesquisas em saúde têm contribuído para melhorias na assistência prestada, que também geram novas tecnologias e a capacidade de enfrentar novos problemas. Entretanto, as pessoas ainda estão expostas a diversos riscos evitáveis quando submetidas a cuidados, especialmente em ambientes hospitalares (RADUENZ, 2010).

Um levantamento do Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente (IBSP), estimou que morrem no Brasil 220 mil pessoas anualmente por falhas na assistência hospitalar adequada e por eventos adversos evitáveis, resultante da complexidade da assistência e outros fatores envolvidos (IBSP, 2015). O cuidado assistencial prestado de maneira insegura aos pacientes resulta em expressiva morbimortalidade evitável, gastos adicionais com a manutenção dos serviços de saúde, além de representarem uma preocupação global (SANTOS; SORATTO, 2018). Os riscos associados à assistência ao paciente variam com o tipo de atendimento e as condições em que esse atendimento é prestado, tendo especial destaque os serviços de urgência e emergência, justamente pela pressão de tempo para a realização dos procedimentos e pela dificuldade própria de estruturar ações e ambientes no tempo oportuno.

As lesões traumáticas representam um grave problema de saúde pública e são responsáveis pela mortalidade de aproximadamente 5,8 milhões de pessoas todos os anos ao redor do mundo. Neste contexto os pacientes gravemente feridos estão mais vulneráveis e com maior risco de sofrerem eventos adversos. Considera-se que, nesses casos, as intervenções necessitam ser feitas na primeira hora pós trauma, conhecida como “hora de ouro”, onde o atendimento tem como objetivo evitar lesões secundárias, situação que faz aumentar a sobrevivências com o mínimo de sequelas possíveis (GOMES et al., 2019).

O tema da segurança do paciente nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde vem desencadeando diversas iniciativas institucionais no Brasil e em organismos internacionais. Diante da importância da segurança do paciente para os resultados sanitários do Brasil e para a gestão estadual do SUS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) criou uma Câmara Técnica de Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP), legitimando o comprometimento da instituição com o tema (CONSENSUS, 2018).

No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde em seu Programa de Segurança do Paciente elegeu como prioridade a busca de soluções para melhoria da segurança do paciente, sendo essas ações promovidas e disseminadas pelo Centro Colaborador da OMS (*WHO Collaborating Centre*). No território brasileiro o PROQUALIS utiliza como referência essas ações para abordagem dos hospitais brasileiros acerca da segurança do paciente (WHO, 2009).

Modificações desse cenário para a promoção, qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde requerem mudanças de comportamento. A cultura de

segurança para melhoria de qualidade contínua deve basear-se na assistência equânime (sem barreiras), pontual (na hora certa), efetiva (realizada de maneira certa), eficiente (realizada na primeira vez), centrada no paciente e na família (participação do paciente e da família) e segura (assumindo que atividade é de risco) como preconiza o *Institute off Medicine* (2001).

As principais estratégias com a finalidade de melhorar a segurança do paciente a nível hospitalar permeiam pelo fortalecimento da cultura de segurança do paciente de forma organizacional. Para que haja uma cultura positiva de segurança do paciente, as organizações de saúde devem priorizar a comunicação baseada na confiança entre os profissionais, com consciência por parte de todos da importância dessa confiança, valorização das medidas preventivas que devam ser implementadas a fim de melhorar a qualidade do cuidado prestado e não ocorrência de punição frente aos erros, mas somente das condutas inapropriadas quando existirem. O ambiente hospitalar deve ser seguro para que os profissionais possam relatar os erros ocorridos, conversar sobre eles, analisá-los junto às situações que os precederam, identificar os pontos frágeis dos processos a fim de repará-los e discutir estratégias de melhorias (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). Ou seja, a literatura confirma que as ações seguras não são apenas atributos dos indivíduos que atuam em cada ponto de atenção, mas da forma como se estrutura a organização do trabalho e como as instituições abordam as temáticas relacionadas ao cuidado seguro.

O atendimento em situações de urgência e emergência contribui para a ocorrência de eventos adversos, atribuídos à cultura da agilidade para salvar vidas. Desta forma, favorecendo a queda da qualidade assistencial e da segurança na assistência à saúde. Contudo, a escassez de estudos sobre a cultura de segurança do paciente em hospitais de trauma, onde são realizados atendimentos complexos e com alto risco para ocorrência de eventos adversos, me instigaram a pesquisar esse tema que impacta diretamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes atendidos no hospital em que atuo profissionalmente. Considerando que as estratégias para garantir uma assistência segura devem ser planejadas a partir do conhecimento da percepção dos profissionais sobre a importância da segurança do paciente por eles assistidos, a pesquisa pretende focar sua abordagem justamente nesse grupo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a cultura de segurança dos profissionais da equipe assistencial e profissionais das equipes de apoio de um hospital especializado em trauma.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar eventos no cotidiano da instituição que estejam relacionados com a cultura institucional de segurança do paciente.
- Investigar as variáveis associadas à atividade laboral dos participantes.
- Compreender os efeitos da pandemia na organização do trabalho e na cultura de segurança em um hospital de trauma.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A preocupação com a segurança do paciente tem se intensificado globalmente. O tema vem sendo abordado mundialmente nas duas últimas décadas, muito embora Hipócrates, considerado o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 A.C., tenha atribuída a autoria da célebre frase: *Primum non nocere*. Que significa “primeiro não cause danos”, sugerindo que em sua prática, a equipe de saúde deve dirigir os cuidados com a finalidade da recuperação do paciente, abstendo-se de toda maldade e dano. É atribuído a Hipócrates uma das primeiras referências à segurança do paciente, mostrando que o problema da segurança do paciente acompanha o desenvolvimento científico e tecnológico dos sistemas e redes de saúde há um longo tempo.

A enfermagem tem desenvolvido um papel fundamental no fortalecimento de práticas seguras na assistência, apesar deste tema ser inerente e necessário em todas as formações para o trabalho direto ou indireto relacionado à atenção em saúde. Cabe ressaltar a contribuição da enfermeira britânica Florence Nightingale, no século XIX, responsável por diversas mudanças na assistência aos pacientes, contribuindo para a melhoria da segurança do paciente. Reconhecida mundialmente pela sua atuação na guerra da Criméia, onde instituiu medidas de higiene e alimentação dos soldados feridos, resultando na redução significativa dos índices de infecção e mortes (WACHTER, 2013; WHO; 2002). Do percurso de Nightingale, se depreende que a segurança do paciente pode acompanhar as práticas de cuidado em todos os ambientes e em todos os contextos que o cuidado se torna necessário para salvar a vida ou qualificar as condições relacionadas à saúde de pessoas e coletividades. Esse não é um atributo próprio e exclusivo de contextos programados e planejados, mas se implementa mais adequadamente quando as iniciativas têm a textura de uma cultura que atravessa os indivíduos e as instituições.

No ano de 2005 em Concepción, no Chile foi criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente a partir de reuniões promovidas pelo Programa de Enfermagem da Unidade de Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde. No ano de 2008 em São Paulo, foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) como meio de potencializar o conhecimento e esforços entre atores comprometidos com o desenvolvimento permanente desta área no Brasil. A REBRAENSP tem a finalidade de contribuir para

a promoção e proteção da saúde humana, melhoria permanente da qualidade dos serviços e promover o acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde no Brasil (BENDER, 2016).

O grande marco para a segurança do paciente foi a publicação, em 1999, do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, do *Institute of Medicine* (IOM, 2001). O conteúdo desse relatório estimava que 44 a 98 mil americanos morreram devido a erros associados aos cuidados de saúde. Os dados publicados chamaram a atenção da mídia e do público em geral, gerando ações pró-segurança do paciente. Estudo realizado em 2013 com o objetivo de atualizar os dados obtidos no relatório de 1999 demonstrou que a estimativa de mortes prematuras associada a danos evitáveis decorrentes da assistência hospitalar, estaria entre 210.000 a 400.000 americanos por ano (BRASIL, 2016). Estudos recentes realizados no Brasil mostram que a incidência de eventos adversos no país é elevada. A ocorrência deste tipo de incidente no país é de 7,6%, dos quais 66% são considerados evitáveis (TRINDADE; LAGE, 2014). A publicação desse relatório trouxe à tona a necessidade de redução de eventos adversos no mundo. Considerando a realidade dos hospitais brasileiros, acredita-se que os eventos e suas consequências sejam bem mais impactantes que a realidade americana, devido a precariedade dos serviços prestados em algumas instituições, má remuneração, falta de dimensionamento adequado de pessoal e carga horária inadequada (OLIVEIRA et al., 2014).

A superlotação dos serviços de emergência hospitalar é fator contribuinte para incidentes relacionados ao cuidado. A emergência como todos os outros setores, deve proporcionar um ambiente seguro, que contemple as prerrogativas físicas e humanas básicas (TRINDADE; LAGE, 2014).

Em 2007 ocorreu o primeiro movimento para tratar da segurança do paciente no Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL). A temática foi abordada na XXII reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL, em apoio à primeira meta da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente “*uma atención limpia, es una atención mas segura*” (AGÊNCIA, 2011). Na ocasião os países assumiram o compromisso de desenvolver e aplicar os respectivos Planos Nacionais de Segurança do Paciente, para a redução de riscos aos quais os pacientes estão sujeitos e, também, a questões amplas do direito à saúde.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária a partir de 2004 incorporou no seu escopo as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da

Organização Mundial da Saúde, da qual o país é signatário. E, juntamente com o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e demais entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), vêm intensificando ações no campo de serviços de saúde. Instituído práticas de vigilância e monitoramento sobre o uso de sangue, saneantes, materiais, dispositivos, equipamentos e medicamentos. Ainda a vigilância e controle de eventos adversos, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), em prol de uma atenção qualificada à saúde (BRASIL, 2014)

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído no Brasil a partir da Portaria MS nº 529, de 1º de abril de 2013, tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, assim como promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção (BRASIL, 2013). Visa a 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; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

O PNS prevê ações de segurança e estabelece 6 protocolos básicos para assistência de qualidade, são eles:

1. Identificar corretamente o paciente.

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para qual se destina.

A identificação do paciente é abrangente e de responsabilidade multidisciplinar, pois envolve aspectos de estrutura, processos de trabalho, cultura organizacional, prática profissional e participação dos pacientes.

2. Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde.

A importância da comunicação e do trabalho da equipe interdisciplinar de saúde é visto como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos.

A comunicação efetiva visa prevenir eventos adversos decorrentes de falhas nos processos de comunicação entre os profissionais de saúde. Bem como desenvolver de forma colaborativa uma orientação para as prescrições verbais/ telefônicas; informações sobre resultados de exames, suspensões de cirurgias, procedimentos e exames, entre outros.

3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.

Tem por finalidade promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde. O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deve ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos.

Esse protocolo determina as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio da lista de verificação de cirurgia segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde.

5. Higienizar as mãos para evitar infecções.

O protocolo de higiene de mãos tem como finalidade instituir e promover a higiene de mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando a segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

6. Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão.

Tem por finalidade promover a prevenção da ocorrência de lesão da pele por pressão (LPP). As lesões por pressão são uma das consequências mais comuns, resultante da longa permanência em hospitais.

A hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, além do uso de medicamentos prescritos e procedimentos terapêuticos. O protocolo de prevenção de quedas tem como objetivo reduzir a ocorrência de quedas de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplam a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

O PNSP previu ainda a promoção de uma cultura de segurança, juntamente com o estabelecimento de uma sistemática de vigilância e monitoramento de eventos adversos a nível nacional (BERQUÓ, 2017, p. 41; BRASIL, 2013)

O Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº36, de 25 de julho de 2013, define instruções para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Esta Resolução tem por objetivo estabelecer ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade de assistência (BRASIL, 2013).

Em março de 2017, a partir da Portaria nº 167, foi constituída no município de Porto Alegre a Comissão Municipal de Segurança do Paciente (CMSP) com representantes de todos os hospitais públicos e privados da cidade (PORTO ALEGRE, 2017). O Programa Municipal de Segurança de Porto Alegre foi publicado no Diário Oficial dia 17 de junho de 2019. Que estabelece diretrizes para os estabelecimentos hospitalares, urgência e emergência e serviços de saúde do município (PORTO ALEGRE, 2019).

3.1 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O termo cultura de segurança foi introduzido na sociedade mundial após o desastre na usina nuclear de Chernobyl, na Ucrânia, em 1986, durante o teste de um reator, onde vários protocolos de segurança foram violados. A partir do relatório de resumo da reunião de revisão após acidente realizada do Grupo Consultivo

Internacional de Segurança Nuclear (*International Nuclear Safety Advisory Group-INSAG*). Tal relatório foi publicado pela *International Atomic Energy Agency (IAEA)* como *Safety Series* nos anos de 1986 e 1988 com recomendações de boas práticas. Estas duas publicações passaram a estabelecer o uso de cultura de segurança para além da área de usinas nucleares.

Cultura de segurança é definida na RDC nº 36 como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde. Observa-se um crescimento do interesse de profissionais e pesquisadores sobre a temática, direcionadas à melhoria e qualidade do cuidado e da segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009), a cultura de segurança do paciente é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua, o aprendizado contínuo a partir das notificações de eventos adversos e ter a segurança como uma prioridade em todos os níveis organizacionais. Sobretudo ressalta que a cultura é um fator que pode afetar todos os processos e defesas do sistema de saúde para melhor ou para pior. A OMS aponta dois obstáculos para o fortalecimento da cultura de segurança: a crença de que quando se treina o profissional, o problema está resolvido- ele estará apto para desenvolver a tarefa. E a tendência em estigmatizar e punir a fatalidade- equiparar o erro à incompetência.

A cultura de segurança apresenta variações na percepção dos profissionais, diversos estudos recomendam a aplicação de instrumentos individuais. Os instrumentos mais utilizados mundialmente para mensurar a cultura de segurança institucional são o *Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC)* e *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*. Os dois instrumentos foram validados para a língua portuguesa e no contexto brasileiro (BRASIL, 2016). O HSOPSC foi o instrumento escolhido para a investigação. Foi adaptado e validado para uso no Brasil no ano de 2013 por Cláudia Reis (2013). Esse instrumento tem sido amplamente utilizado mundialmente devido sua confiabilidade e eficiência para mensurar a cultura de segurança do paciente. A partir da análise das dimensões mensuráveis pelo instrumento com a finalidade de auxiliar o entendimento sobre avaliação da cultura de segurança do paciente (REIS, 2013). O HSOPSS avalia a cultura de segurança em 12 dimensões, são elas:

- Trabalho em equipe dentro das unidades:
Avalia se há apoio, respeito e trabalho em equipe no dia-a-dia de trabalho dos profissionais e entre tais profissionais.

- Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes:
Avalia consideração por parte dos gerentes e supervisores sobre as sugestões dadas pelos profissionais a fim de melhorar a segurança do paciente.

- Aprendizado organizacional e melhoria contínua:
Avalia o aprendizado a partir de erros que resultem em mudanças positivas e a efetividade das mudanças ocorridas.

- Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente:
Avalia se há um clima de trabalho que promova a segurança do paciente e aponta como prioridade, proporcionados pela administração e gestão do hospital.

- Percepção geral de segurança do paciente:
Avalia os sistemas e procedimentos que existem nas instituições de saúde a fim de evitar que erros ocorram, e, também, os consequentes problemas de segurança dos pacientes.

- Retorno das informações e da comunicação sobre erro:
Avalia a ocorrência das notificações quando erros ocorrem, as medidas implementadas e a discussão de estratégias que bem implementadas previnam erros futuros.

- Abertura da comunicação:
Avalia a comunicação livremente entre os profissionais sobre erros que podem afetar os pacientes e sobre a sensação de liberdade para realizar questionamentos aos profissionais com mais autoridade.

- **Frequência de eventos notificados:**

Trata-se do relato de eventos notificados, de problemas possíveis sobre segurança do paciente, e de erros identificados e corrigidos antes que afetem os pacientes.

- **Trabalho em equipe entre as unidades:**

Avalia a cooperação entre as unidades e coordenação entre elas a fim de promover para os pacientes cuidados com qualidade.

- **Adequação de profissionais:**

Avalia a capacidade dos profissionais em lidar com sua carga de trabalho, e a adequação destas horas para o fornecimento de um melhor atendimento aos pacientes.

- **Passagens de plantão / turno e transferências internas:**

Avalia a transferência de informações relevantes sobre os pacientes entre as unidades do hospital.

- **Respostas não punitivas aos erros:**

Avalia o sentimento dos profissionais sobre os erros por ele cometidos, se eles pensam que seus erros possam ser utilizados contra eles, e registrados em suas fichas funcionais.

3.2 CULTURA JUSTA

A cultura justa surgiu da adequação da cultura de não culpabilização e a adequada responsabilização. Considerando que a cultura da culpabilização individual nas organizações de saúde não colabora para o fortalecimento da cultura de segurança e em contrapartida a cultura da não culpabilidade favorece a ocorrência de boa parte dos incidentes. Assim sendo, em uma cultura justa, o tratamento dos

incidentes avalia o tipo de comportamento relacionado ao incidente, e não puramente a gravidade (WHO, 2009; REIS, 2013).

Atualmente, a ideia de que somente os maus profissionais cometem erros por inaptidão é reconhecida como falsa. Todos os profissionais, independente da sua reputação e tempo de carreira, estão sujeitos a causarem danos ao paciente. Apesar das instituições estarem cientes da sua ocorrência, faz-se necessário detectar os potenciais erros inerentes à atividade assistencial e instituir barreiras para evitá-los (MIRA, 2019).

A resiliência dos serviços de saúde é apontada pela OMS como uma necessidade para prevenir, detectar, mitigar ou diminuir o perigo (circunstância ou agente com potencial de causar dano), ou ocorrência de incidentes. Bem como sugere que a cultura seja formada pelos seguintes componentes (WHO, 2009):

- Cultura justa relacionada à segurança e à justiça, em que haja consenso entre os profissionais no que concerne a comportamentos aceitáveis. Uma cultura que não seja punitiva frente à ocorrência de incidentes, que priorize buscar as causas;
- Cultura de notificação de incidentes, que privilegie a informação e encoraje as pessoas a falar sobre seus erros e notificá-los;
- Cultura de aprendizagem que ocorre a partir dos eventos notificados seja direcionado o aprendizado.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativo. O componente quantitativo se caracteriza como um estudo transversal (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013) será avaliado por meio da aplicação de um questionário com vistas a conhecer a cultura de segurança do paciente em uma instituição hospitalar.

A escolha deste delineamento visa atender aos objetivos deste estudo tendo em vista que, nesse desenho, as informações são coletadas por meio de um instrumento estruturado aplicado em um único momento do tempo (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

O componente qualitativo do estudo baseou no diário de campo para a categorização e análise de conteúdo, que de acordo com Minayo (1994, p. 22), ocupase da qualidade dos dados e informações e “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas”. A pesquisa qualitativa, para a autora, trabalha com os sentidos e uma série de valores que se manifestam em espaços da pesquisa social.

A relação entre o quantitativo e qualitativo, entre a objetividade e subjetividade não se reduz a um *continuum*, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público, de médio porte e especializado em trauma na cidade de Porto Alegre. O Hospital de Pronto Socorro foi inaugurado em 19 de abril de 1944. A instituição não possui entidade jurídica própria, está sob gestão da Prefeitura Municipal. É um centro de referência para a região metropolitana da capital e interior do estado do Rio Grande do Sul para o atendimento de politraumatizados, considerado modelo nacional em diversas especialidades de pronto atendimento.

O atendimento do hospital é universal e todos os procedimentos prestados são custeados pelo sistema único de saúde (SUS), trata-se de um hospital 100% SUS. Regido pelo modelo assistencial que sintetiza a eficiência da prestação de cuidados a casos de urgências e emergências, com ênfase no trauma. Funciona 24 horas por dia, atendendo as urgências e emergências em 22 especialidades. Realiza atendimentos diários em diversas especialidades ambulatoriais e nas especialidades médicas e odontológicas (bucomaxilofacial) necessárias ao atendimento integral de pacientes vítimas de politraumatismos e lesões agudas. Seus níveis de resolutividade são diversos, oferecendo serviços de assistência à saúde de média e alta complexidade, articulado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Porto Alegre.

O organograma do hospital prevê uma direção geral composta por direção de enfermagem, técnica (médica) e administrativa. Possui um Conselho Gestor (CG HPS) que é a instância máxima deliberativa e permanente, constituído em conformidade com os princípios, diretrizes e bases da Constituição Federal e da Lei 8142 de 1990 para assegurar que a gestão do Hospital de Pronto Socorro (HPS) garanta o funcionamento da instituição compatível com as necessidades do público usuário e com o SUS, exercendo atuação descentralizada do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA). O Conselho Gestor do Hospital de Pronto Socorro tem como objetivo avaliar o alcance das propostas traçadas no planejamento, fiscalizar e representar os seus fins, no intuito de cumprir e fazer cumprir os termos dos contratos e/ou convênios com o Sistema Único de Saúde (SUS), visando o funcionamento pleno dos serviços prestados.

A instituição é também um campo de formação para diversas áreas da saúde, no nível técnico, graduação, residências e pós-graduação. Ao longo dos anos vem contribuindo na formação de profissionais com ênfase em trauma oriundo de todo Brasil.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por servidores e trabalhadores terceirizados das áreas assistenciais e apoio (farmácia, lavanderia, nutrição e dietética, manutenção, biomédica, laboratório, manutenção geral e equipe de material). Constavam no banco de dados da equipe de recursos humanos da instituição 1.454 colaboradores. Destes, 69% (1003) servidores estatutários; 25%

(364) colaboradores terceirizados; 4% (58) residentes e 2,0% (29) estagiários remunerados. No período da coleta de dados o absenteísmo registrado pela equipe de recursos humanos estava em 40%. Além dos servidores que estavam em licença aguarda aposentadoria (LAA), licença saúde prolongada (superior a 180 dias), afastamento decreto municipal nº 20.889, de 4 de janeiro de 2021, que, no artigo 36, inciso II, estabeleceu o afastamento do trabalho dos servidores com doenças crônicas e gestantes. A instituição não teve nenhum óbito de servidor ou colaborador por COVID-19. Entretanto foi registrado um número expressivo de licença nojo (licença de oito dias consecutivos, por falecimento de cônjuge, pais, avós, filhos, netos, sogros e irmãos). Foram cadastrados 741 profissionais que estavam ativos no momento da coleta de dados.

4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram excluídos servidores e terceirizados com menos de 30 dias de atuação no hospital na data da coleta de dados e, também, os profissionais que estavam afastados do trabalho por motivo de férias ou outras licenças.

4.5 DESCRIÇÃO DA LOGÍSTICA DO ESTUDO

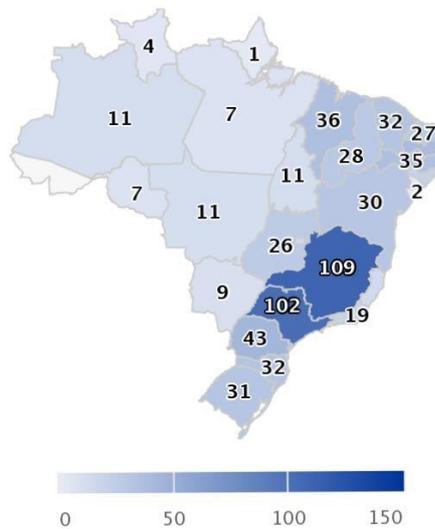
A coleta de dados foi realizada através do instrumento validado *Hospital Surveyon Patient Safty Culture (HSOPSC)* da *Agency for Health Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos da América (EUA). Esse instrumento foi validado no Brasil em 2013 (REIS, 2013). Com o acesso crescente à *internet* em todo o mundo, as pesquisas com o uso do ambiente virtual mostram-se como uma tendência atual para a coleta de dados (VAN GELDER; BRETVELD; ROELEVELD, 2010; GALEA; TRACY, 2007; ZUIDGEEST et al., 2011). Neste contexto, os dados foram coletados a partir desse instrumento (questionário) enviado por e-mail.

A pesquisadora utilizou o software desenvolvido pelo Laboratório de Inovação e Tecnologia em Saúde (LAIS) do grupo de pesquisa CNPq QualiSaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O LAIS juntamente com Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) está coordenando a aplicação nacional do instrumento intitulado “E-Questionário de Cultura de Segurança

Hospitalar”, que consiste em um sistema eletrônico para avaliação válida, rápida e confiável da Cultura de Segurança do Paciente (CSP) em hospitais brasileiros.

O sistema integra dois aplicativos gratuitos que dispõem de uma versão traduzida e adaptada para o Brasil do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dos Estados Unidos da América (EUA). Esse sistema permite o envio e preenchimento automático de questionários da CSP aos profissionais e gera indicadores referentes às 12 dimensões da CSP. É assegurado às instituições participantes o sigilo das informações cabendo somente acesso ao pesquisador responsável cadastrado no sistema. O mapa abaixo (Figura 1) representa o número de estabelecimentos de saúde que já realizaram a aplicação do questionário usando o *software* do LAIS.

Figura 1 – Distribuição dos estabelecimentos de saúde que realizaram a avaliação por unidade federativa (UF).



Fonte: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/portal/>.

No Estado do Rio Grande do Sul, 31 hospitais já fizeram uso do sistema. Sendo que na Região Sul do país já são 106 hospitais, ocupando a terceira colocação entre as regiões que utilizaram o sistema da ANVISA. A Região Sudeste apresenta a maior concentração de aplicação do instrumento, 245 instituições de saúde. Seguidos pela Região Nordeste, onde foram aplicados em 219 hospitais.

A temática segurança do paciente já vem sendo abordada na instituição desde a criação da Comissão de segurança do Paciente em 2014. Sobretudo a partir de julho de 2019, quando foi instituída a Equipe de Segurança do Paciente do HPS. Desta

forma os colaboradores da instituição já estavam informados e inseridos nessa política institucional. Tendo em vista o interesse institucional no desenvolvimento do projeto, a necessidade de mapear a cultura de segurança existente para um diagnóstico situacional, a necessidade de produção de evidências para um trabalho com alto rigor científico, a fim de se instituir uma política de educação permanente voltada ao tema, a instituição forneceu acesso a lista de e-mails institucional de todos os colaboradores. Entende-se que este tipo de pesquisa contribui para elevar os padrões de qualidade assistencial.

Etapas da coleta dos dados:

1ª etapa: cadastrado o e-mail dos profissionais elegíveis para responder o questionário:

2ª etapa: sensibilização dos servidores através de reuniões com categorias profissionais e por unidades;

3ª etapa: foi enviado o convite e o TCLE para participar do estudo. Realizado 3 tentativas de envio do instrumento por e-mail.

4ª etapa: disparado lembretes para o preenchimento. A cada 15 dias foi disparado e-mail de lembrete para participar da pesquisa. Além de sensibilização dos profissionais a partir de postagens no grupo de e-mail “todos HPS” (grupo que está cadastrados todos os servidores e colaboradores) e listas de transmissão de *Whatsapp*.

5ª etapa: verificação do percentual de preenchimento, e nova sensibilização nas unidades de serviço. Nesta etapa estava previsto a coleta de dados através de abordagem direta do participante e preenchimento do instrumento através de *tablet*. Essa atividade seria realizada por bolsista e estagiária do núcleo de segurança do paciente. Entretanto ocorreu uma piora no cenário da pandemia e inviabilizou essa busca ativa. O serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) determinou a mínima circulação de pessoas nas áreas assistenciais. Neste período também havia um decreto municipal orientando o trabalho remoto de todas as áreas administrativas. O objetivo era reduzir a exposição dos trabalhadores, estagiários, familiares e outros. Permanecendo dentro do hospital só o quantitativo de pessoas necessárias para a assistência e áreas de apoio.

O caderno de campo do pesquisador também foi uma ferramenta de coleta de dados. Trata-se de um registro das percepções do pesquisador no cotidiano da instituição. Considerando o atravessamento da pandemia do coronavírus no

transcorrer do estudo e de outras intercorrências, o caderno de campo permitiu efetuar registros que foram muito úteis na compreensão e interpretação dos dados coletados por meio do instrumento eletrônico.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/2012. O projeto foi encaminhado para a direção da instituição anteriormente a submissão na Plataforma Brasil- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre. A anuência do hospital para a coleta de dados encontra-se em anexo (ANEXO A). A coleta de dados iniciou após a aprovação do CEP da instituição proponente em 29 de dezembro de 2020, sob o CAAE 41686620.0.0000.5338 (ANEXO B). A participação no estudo apresentava riscos mínimos aos servidores e trabalhadores terceirizados, visto que não ocorreram intervenções, somente coleta de dados através do questionário HSPOC. Os riscos mínimos correspondiam à possibilidade de quebra da confidencialidade e ao desconforto de pensar sobre o próprio trabalho e a cultura institucional. Assim, foi excluída a coluna de identificação dos colaboradores, antes de se proceder à análise dos dados, bem como se procurou estabelecer mensagens que não agudizassem o eventual sofrimento nos convites. A pesquisadora declarou manter a confidencialidade e o sigilo das informações com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Os achados do estudo contribuirão para o planejamento de ações mais assertivas para promoção da cultura de segurança do paciente, desta forma, os benefícios desta pesquisa retornarão aos pacientes assistidos na instituição, a partir da redução de incidentes relacionados à assistência à saúde, resultantes das intervenções propostas após a pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou analisar a cultura de segurança do paciente em um hospital público especializado em trauma, sob a ótica dos profissionais de diversas categorias. Utilizando o instrumento HSPOSC adaptado transculturalmente para o contexto do Brasil em 2013.

Avaliar cultura de segurança permite identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança nas rotinas e condições de trabalho. Esta abordagem permite acessar informações dos trabalhadores sobre suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, identificando pontos fracos e fortes de sua cultura de segurança e as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções. Avaliar cultura de segurança pode ter múltiplas propostas: (I) diagnóstico da cultura de segurança e conscientização dos funcionários acerca do tema; (II) avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento ao longo do tempo; (III) comparação com dados internos e externos à organização; e (IV) verificação do cumprimento de necessidades regulatórias.

Inicialmente, é fundamental registrar que a pesquisa também foi a constatação que a cultura de segurança sofre desgastes com o cotidiano do trabalho, com a desorganização dos fluxos e processos e com a sobrecarga de trabalho. A forma como a pandemia de COVID-19 foi enfrentada no Brasil gerou essa condição em diferentes serviços e, no HPS, não foi diferente. A sobrecarga de trabalho colocou o tema da segurança e a atenção dos trabalhadores a esse tema no lugar secundário, sendo que o foco tornou-se mobilizar energias para suportar o cotidiano.

Nas categorias empíricas construídas, verifica-se que os profissionais da instituição já identificam melhorias relacionadas à segurança do paciente. Contudo, ainda faz-se necessário uma política de comunicação institucional. Assim como engajar profissionais que não compreenderam a importância da segurança para os pacientes assistidos na instituição. Além dos desesperançosos, em relação a mudança de paradigma institucional.

Na análise quantitativa das respostas, verifica-se que embora a cultura de segurança do paciente na instituição apresentou-se frágil, à medida que a média percentual das dimensões ficou em 41,1%. Identificaram-se três dimensões com tendência de fortaleza: trabalho em equipe dentro da unidade (73,3%), aprendizagem

organizacional/melhoria contínua (72,2%) e expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes. As principais fragilidades estão nas dimensões: resposta não punitivas para os erros (15,3%) e dimensionamento de pessoal (21,8%).

Uma limitação importante para o estudo quantitativo foi o volume de respostas obtidas, que ficou abaixo do esperado. Na verdade, mais do que um limite, esse fato demonstra o contexto da pesquisa, em que a organização do trabalho no interior da instituição, como em diversas outras no país, ficou muito pressionada pelo fluxo de atendimentos e as condições em que se realizou. Portanto, o volume de respostas provavelmente indique um déficit importante na organização do trabalho, que impediu não apenas a participação, mas a evolução da qualidade e da segurança no período em estudo. Por outro lado, os registros abertos no instrumento, com pequeno espaço para manifestação, também afirmaram essa condição, dado que o resultado, mesmo nessas condições, foi bem expressivo em intensidade das respostas. Assim como os achados estão compatíveis com estudos realizados com amostra com significância estatística em período não pandêmico.

A contribuição mais relevante da pesquisa foi de tornar visível o contexto da cultura de segurança do paciente num momento de crise na organização dos serviços e redes de atenção, representada pela forma como o enfrentamento à pandemia de COVID-19 foi proposta no âmbito nacional e as consequências que essa condição produziu no cotidiano do trabalho de um dos principais serviços do sistema único de saúde no território de Porto Alegre.

Como recomendações, deixo com sugestão a implantação de um serviço de saúde ocupacional que desenvolva um trabalho proativo de acompanhamento funcional. Atento à capacidade laboral (física e psíquica) do servidor/ colaborador na perspectiva que, cuidado seguro é resultado de profissionais seguros. Também de que as condições de organização da resposta institucional à pandemia sejam objeto de avaliação, permitindo incorporar aprendizagens, como educação permanente em saúde, e melhorias na gestão do trabalho.

Por fim, como duplamente inserida no contexto, importante registrar que a precarização do trabalho apontado por um dimensionamento de pessoal aquém da tipologia do hospital. O trauma impõe cotidianamente uma emergência, portanto requer equipes interdisciplinares entrosadas e devidamente capacitadas para prestar um cuidado seguro. Ressalto que a assistência qualificada e segura está alicerçada

no cuidado baseado nas melhores evidências, boas práticas e trabalho interdisciplinar.

Além do dimensionamento da força de trabalho propriamente dita, a aprendizagem em ato, como educação permanente em saúde, pode auxiliar no desenvolvimento de tecnologias de cuidado, na atualização técnica e organizativa dos trabalhadores e no suprimento de lacunas que os profissionais herdaram da formação nos cursos de graduação e técnicos e nas atualizações ofertadas pelas instituições de ensino. A complexidade do trabalho em saúde, nos territórios e no interior de serviços das redes de atenção, requer o desenvolvimento de capacidades associadas aos modos de produção e recuperação da saúde concretos, inclusive em tempos de pandemia, e, para tal, políticas e iniciativas institucionais são necessárias.

A segurança do paciente também reivindica a segurança no trabalho, no emprego e no salário justo aos profissionais, como já nos dizem, há alguns anos, as formulações internacionais e diversos estudos. O estudo demonstrou essas conexões pela percepção dos trabalhadores e trabalhadoras.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo. Brasília, jan./jul. 2011.

ALMEIDA, J. L. S. de. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário de Natal/RN**. 2019. 91 f.: il. Dissertação (Mestrado Profissional em Práticas de Saúde e Educação) – Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

ALMEIDA FILHO, N.; BARETTO, M. L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

ANDRADE, L. E. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 1, p. 161-172, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/141381232018231.24392015>. Acesso em: 17 jul. 2022.

BENDER, A. L. (org.). **Estratégias para a segurança do paciente: uma proposta multidisciplinar**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016. 132p.

BERQUÓ, L. Histórico da segurança do paciente e do controle de infecções. *In*: PRATES, C. G.; STADNIK, C. M. (org.). **Segurança do paciente, gestão de risco e controle das infecções hospitalares**. Porto Alegre: Moriá, 2017. 472p.

BRASIL. Decreto n. 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020 para definir os serviços públicos e atividades essenciais. **Diário Oficial da União**, ano 158, n. 55-G, seção 1, p. 1, 20 mar. 2020.

BRASIL. **Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2016. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletins epidemiológicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em dez 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, n. 62, seção 1, p. 43, 2 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente**.

Portarias n. 529 e 941. Brasil: Anvisa, 2013. Disponível em:

http://bvms.saude.gov.br/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 28 abr. 2018

CARVALHO, P. A. *et al.* Safety culture in the perception of public-hospital health professionals. **Rev Saude Publica**, n. 3, p. 55-56, 2021.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online], v. 22, n. Suppl 2, p.

17391749, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.

Acesso em: 6 ago. 2022.

CONSENSUS. **A importância da gestão estadual na segurança do paciente.**

[S.l.: s.n.]: 2018.

COSTA, D. A.; FERRAGINO, F. Comunicação estruturada e gestão da informação.

In: FONSECA, F. L.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. (coord.). **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014. 276 p.

COSTA, D. A.; NEMITZ, T. L. Gestão da comissão de gerenciamento de riscos e

segurança do paciente. In: FONSECA, F. L.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A.

(coord.). **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014. 276 p.

FARIAS, E. S.; SANTOS, J. O.; GÓIS, R. M. O. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Caderno de Graduação**, Sergipe, v. 4, n. 3, p. 139, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5168>. Acesso em: 6 ago. 2022.

FERLA, A. A. *et al.* A essencialidade da força de trabalho em saúde no enfrentamento à pandemia: precisamos ir além dos aplausos. **Saúde em Redes**, v. 6, Supl. 2, 2021. Disponível em:

<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/redeunida/article/view/3546>. Acesso em: 23 jun. 2022.

FERNANDEZ, M. *et al.* Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. **Saúde e Sociedade** [online], v. 30, n. 4, e201011, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S010412902021201011>. Acesso em: 10 jul. 2022.

FUSARI, M. E. K. *et al.* Melhores práticas de liderança dos enfermeiros na gestão do risco hospitalar: estudo de caso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 42, n. spe, e20200194, 2021. Disponível em:

[http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200408&lng=pt&nrm=iso)

[14472021000200408&lng=pt&nrm=iso](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200408&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jun. 2022.

GALEA, S.; TRACY, M. Participation rates in epidemiologic studies. **Ann Epidemiol**, v. 17, n. 9, p. 643-53, 2007.

GARCIA, L. P. Uso de máscara facial para limitar a transmissão da Covid-19.

Epidemiologia e Serviços de Saúde [online], v. 29, n. 2, e2020023, 2020.
Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200021>. Acesso em: 3 jul. 2022.

GOMES, A. T. I. *et al.* Segurança do paciente em situações de emergência: percepções da equipe de enfermagem. **Rev Bras Enferm** [online], v. 72, n. 3, p. 788-95, 2019.

IAEA. International Atomic Energy Agency. **Safety Culture**: a report by the international nuclear safety advisory group. Viena: Insag, 1991. 44 p. (Safety Series n. 7575-INSAG-4). Disponível em: https://wwwpub.iaea.org/mtcd/publications/pdf/pub882_web.pdf. Acesso em: 26 jun. 2022.

IBSP. Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente. **Portal**. 2015. Disponível em: <http://www.segurançadopaciente.com.br>. Acesso em: 15 dez. 2019.

INSTITUTE of Medicine [IOM]. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st century. Whashington: National Academy Press, 2000.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set.1993.

MIRA, J. J. Sem profissionais de saúde engajados não há futuro para segurança do paciente. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. III-V, set./out. 2019.

MOREIRA, M. de F.; MEIRELLES, L. C.; CUNHA, L. A. M. Covid-19 no ambiente de trabalho e suas consequências à saúde dos trabalhadores. **Saúde em Debate** [online], v. 45, n. esp., p. 107-122, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E208>. Acesso em: 10 jul. 2022

OLIVEIRA, M. R. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, jan./mar. 2014.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Londres, v. 1, n. 1, p. 11-31, 2011. Disponível em http://actbr.org.br/uploads/conteúdo/925-brazil_1pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

PAIVA, L. G.; SANTOS, W. M.; DALMOLIN, G. L. The impact of the SARS-CoV-2 pandemic on sickness absenteeism among hospital workers. **Rev Bras Med Trab**, v. 20, n. 1, p. 65-71, 2022.

PORTO ALEGRE. Portaria n. 167. Institui a Comissão Municipal de Segurança do Paciente (CMSP). **Diário Oficial de Porto Alegre**, 2 mar. 2017.

PORTO ALEGRE. Portaria n. 502/2019. Institui o Programa Municipal de Segurança do Paciente. **Diário Oficial de Porto Alegre**, 17 jun. 2019.

PRATES, C. G. *et al.* Cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde: pesquisa de métodos mistos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/117700>. Acesso em: 18 jul. 2022.

RADUENZ, A. C. *et al.* Cuidados de enfermagem para a segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, nov./dez. 2010.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2012.

SANTOS, A. K. N.; SORATTO, M. T. Segurança do paciente nas unidades de urgência e emergência. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 3, p. 279-96, 2018.

SANTOS, K. O. B. *et al.* Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de Covid19. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 36, n. 12, p. e00178320, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>. Acesso em: 2 jul. 2022.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. **Hospital survey on patient safety culture**. AHRQ Publication n. 04-0041. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. *In*: SOUSA, P.; MENDES, W. (org.). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

VAN GELDER, M. M.; BRETVELD, R. W.; ROELEVELD, N. Web-based questionnaires: the future in epidemiology? **Am J Epidemiol.**, v. 172, n. 11, p. 12928, 2010.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WHO. Fifty-fifth World Health Assembly. A55/13. **Quality of care: patient safety**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/about/wha_resolution/en/index.html. Acesso em: 15 jul. 2019.

WHO. **Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente**. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: www.who.int/.../icps/icps_full_report_es.pdf. Acesso em: 15 dez. 2019.

WHO. **Patient safety newsletter**. Boletins informativos da OMS para a segurança do paciente. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&view=article&id=931&Itemid=677. Acesso em: 15 abr. 2020.

XIANG, Y. T. et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently. **The Lancet**, v. 7, n. 3, p. 228-229, 2020.

ZUIDGEEST, M. *et al.* A comparison of a postal survey and mixed-mode survey using a questionnaire on patients' experiences with breast care. **J Med Internet Res**, v. 13, n. 3, p. e 68, 2011.

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa:

“Cultura de segurança do paciente em serviços de enfermagem hospitalar”

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre cultura de segurança e nosso objetivo com esta pesquisa é poder desenvolver melhores práticas institucionais, a partir de um diagnóstico sobre o tema, elevando assim os padrões de qualidade de nossa instituição.

Sua participação consiste em responder um questionário de aproximadamente 10 à 15 minutos. Todas as informações que você fornecer neste questionário serão utilizadas somente para essa pesquisa. Ao preencher o questionário, você está afirmando que leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e está consentindo sua participação.

Sua participação é completamente voluntária e não haverá gastos e nem remuneração pela sua participação.

Caso você venha a sentir algum desconforto em alguma questão específica do questionário, salientamos que você não precisa responder e pode deixar essa pergunta em branco, seguindo no preenchimento do questionário. Quanto a confidencialidade das informações, garantimos que as informações fornecidas serão confidenciais e as respostas serão anonimizadas para tratamento dos dados e descrição dos resultados, Assim, não será possível a identificação pessoal dos participantes da pesquisa. Ao final desta pesquisa, o resultado poderá ser divulgado em revistas e/ou apresentado em encontros científicos, e não haverá custo para você enquanto participante.

Você também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que seja prejudicado(a) por isso. Em relação aos benefícios da pesquisa, estes são indiretos para você e diretos para os pacientes. Sua participação é extremamente importante, pois esta pesquisa é importante para o meio institucional e científico, trará maior conhecimento sobre o tema abordado, poderá melhorar a cultura de segurança do paciente na instituição que você trabalha e poderá ainda melhorar nas demais instituições de saúde. Assim, ao melhorar a cultura de segurança, estaremos elevando os padrões de qualidade assistencial, e beneficiando diretamente nossos pacientes.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com o pesquisador ou com o Conselho de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, conforme dados fornecidos abaixo.

Obrigada pela colaboração.

Pesquisadora responsável: Renata Machado Brasil, serviço Segurança do Paciente do HPS

CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIMENTO

Após ter conhecimento sobre esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

AO CLICAR EM SIM, VOCÊ RECEBERÁ EM SEU E-MAIL UM CÓPIA DO TCLE QUE VOCÊ ASSINOU/AUTORIZOU, DEVIDAMENTE ASSINADA PELA PESQUISADORA RESPONSÁVEL, E O LINK PARA PREENCHER O QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

(.) Sim (.) Não

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA . Rua Capitão Montanha, 27 – 6º andar – CEP 90.010-040 – Tel.: 3289.5517 – Site: cep-sms@sms.prefpoa.com.br – Email: cep_sms@hotmail.com

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS



Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

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

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

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

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

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

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

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

SEÇÃO 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

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

A B C D E
 Excelente Muito boa Regular Ruim Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

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

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

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. 6 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 neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

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

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

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

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

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.

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



Prefeitura de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Título da pesquisa: A Cultura de Segurança do Paciente em Hospital de Trauma de Porto Alegre

Pesquisador responsável: Renata Machado Brasil

Instituição: Hospital de Pronto Socorro

A pesquisa proposta envolve:

utilização de dados de usuários e/ou dos serviços de saúde

participação de trabalhadores e/ou gestores da saúde

atividade em espaço físico da SMS e/ou da PMPA

realização de exames e/ou serviços de assistência à saúde com custos para o SUS

outras atividades: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Eu Tatiana Razzolini Breyer, matrícula 536754, diretora geral

- Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências
- Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)
- Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)
- Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)
- Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro
- Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)
- Outra área/secretaria: Diretora Geral do Hospital de Pronto Socorro

Estou ciente dos termos desta pesquisa e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a sua realização.

Porto Alegre, 22 de Dezembro de 2020.

Assinatura e carimbo
 Coordenação com atribuição delegada para essa autorização,
 conforme Art. 1, inciso XV da Resolução CNS no. 580/2018

Tatiana Razzolini Breyer
 Diretora Geral
 Hospital de Pronto Socorro/SMS
 Matrícula: 536754/01

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realização do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
 Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar – CEP 90.010-040
 3289.5517 cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep_sms@hotmail.com