

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MODALIDADE PROFISSIONAL

ANA TUCUNDUVA CARDOSO

**ANÁLISE DA CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE:
percepção de profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

SÃO PAULO-SP

2018

ANA TUCUNDUVA CARDOSO

**ANÁLISE DA CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE:
percepção de profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra Rosana A. S. Rossit

SÃO PAULO-SP

2018

Cardoso, Ana Tucunduva

Análise da Cultura da Segurança do Paciente: percepção de profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo/ Ana Tucunduva Cardoso. – São Paulo, 2018.

158 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo.
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS

Título em Inglês: Analysis of Culture of Patient Safety: Perception of Health Professionals of a Hospital of the City of São Paulo

1. Segurança do paciente. 2. Capacitação profissional. 3. Competência profissional. 4. Equipe Interdisciplinar de Saúde.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MODALIDADE PROFISSIONAL

COORDENADOR DO CEDESS:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

COORDENADORA DO PROGRAMA DE MESTRADO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

- Modalidade Profissional:

Prof.^a Dr.^a Elke Stedefeldt

ANA TUCUNDUVA CARDOSO

**ANÁLISE DA CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE:
percepção de profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo**

Banca Examinadora

São Paulo, 21 de maio de 2018.

Prof^ª. Dr^ª. Rosana Aparecida Salvador Rossit
Presidente

Prof^ª. Dr^ª. Gizelda Monteiro da Silva

Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Oliveira Freitas

Prof^ª. Dr^ª. Ieda Aparecida Carneiro

Dedico este trabalho aos meus pais, por acreditarem em mim e por me incentivarem a ir em busca dos meus ideais, com muito amor e resiliência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, imensamente, aos meus pais, Nanci e Bird, que sempre me ofereceram todo o suporte para que eu buscasse a realização dos meus projetos, sempre com muito amor e segurança. Por sempre pautarem suas decisões no amor dispensado a mim e a meus irmãos e na união da nossa família, nos mostrando que só o amor é capaz de superar as adversidades.

Às minhas irmãs, Claudia e Paula, por serem meu porto seguro, por sempre estarem na torcida, por celebrarem minhas conquistas como se fossem suas. Ao meu irmão Conrado que, infelizmente, não está presente fisicamente conosco neste momento importante, mas sempre vivo no meu amor, no meu coração e na saudade eterna. Aos meus sobrinhos, Vítor, Gabriel e Diogo, por me encherem sempre de orgulho, e por quem meu amor transborda.

À minha orientadora e professora Rosana, que, de forma tão generosa, conduziu a realização desse trabalho. Sua paciência, seu amor pela docência e seu sucesso profissional são motivos que me orgulham pela oportunidade em tê-la como minha mentora. Obrigada!

Ao Hospital do Servidor Público Estadual, instituição que por 16 anos me acolheu, onde tive a oportunidade de aprender o verdadeiro significado de ser enfermeira. Obrigada pelas amizades construídas, as quais levo para sempre em minha vida. Obrigada aos profissionais que tão gentilmente aceitaram fazer parte dessa pesquisa.

À Gizelda, minha sempre chefe, minha “guru-profissional”, minha amiga. Difícil expressar em poucas palavras a minha imensa gratidão a você. Obrigada por todas as oportunidades, por ter me incentivado a entrar neste programa de mestrado e por estar comigo nesse momento. Você mora no meu coração.

À minha amiga-irmã Audrey, obrigada pelo privilégio em tê-la em minha vida! Obrigada pela cumplicidade e pelo companheirismo. Obrigada por ter traçado comigo essa jornada.

Às minhas amigas de vida, por me incentivarem e por entenderem meus momentos de ausência. E por celebrarem comigo esse momento.

Ao CEDESS e à turma 2015, pelos momentos desafiadores compartilhados, mas, acima de tudo, de muita parceria, amizade, apoio mútuo, aprendizado. Com vocês essa jornada tornou-se muito mais leve e prazerosa. Estarão para sempre em meu coração.

Aos amigos, Patrícia e Miguel, pela cumplicidade e amizade construída.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Característica do Cenário de Pesquisa segundo número de leitos, taxa de ocupação mensal e número de profissionais.	49
Tabela 2 – Características da amostra de participantes em relação à faixa etária, sexo, formação profissional, tempo de formação segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), tempo e setor de atuação (N=150).	50
Tabela 3 – Distribuição das respostas dadas em cada questão (porcentagens).	60
Tabela 4 – Cargas fatoriais obtidas.	61
Tabela 5 – Questões que mais contribuíram com cada fator obtido.	62
Tabela 6 – Resultado da consistência interna do instrumento segundo o coeficiente alpha de Cronbach.	62
Tabela 7 – Aserções que mais contribuíram com cada fator obtido.	63
Tabela 8 – Aserções com maior contribuição a cada fator obtido.	63
Tabela 9 – Resultado do teste t de <i>Student</i> para a comparação do tempo de formação antes ou após as DCN em relação a cada fator estudado.	65
Tabela 10 – Resultado da análise de variância feita para as variáveis idade, tempo de atuação e setor.	66
Tabela 11 – Resultados das comparações duas a duas das Idades em relação aos fatores Gestão e Segurança do Paciente e Erros e suas Consequências.	66
Tabela 12 – Características da amostra de participantes do questionário em relação à faixa etária, sexo, profissão, tempo de formação segundo as DCN e setor de atuação (N=9).	91

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E FIGURAS

Quadro 1 – Procedimentos Operacionais Padrão para a Segurança do Paciente.	58
Figura 1 – Modelo de Reason “Queijo Suíço” para causas de acidentes.....	34
Figura 2 – Média das respostas por assertiva (N=150).....	67
Figura 3 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 1 – Processo de Cuidado (N=150).	68
Figura 4 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 2 – Gestão e Segurança do Paciente (N=150).	73
Figura 5 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 3 – Atitudes Frente ao Erro (N=150).	77
Figura 6 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 4 – Fatores Pessoais que Predispõem ao Erro (N=150).	79
Figura 7 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 5 – Gerenciamento dos Profissionais (N=150).	81
Figura 8 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 6 – Reconhecimento Institucional (N=150).	83
Figura 9 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 7 – Erros e suas Consequências (N=150).	85
Figura 10 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 8 – Trabalho em Equipe (N=150).	88

RESUMO

O presente estudo adotou como tema central a Cultura da Segurança do Paciente. A Segurança do Paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. A cultura de segurança tem recebido crescente atenção nas últimas décadas no campo das organizações de saúde. Culturas seguras são aquelas em que as pessoas voluntariamente se manifestam quando observam situações e comportamentos de risco. No Brasil, observa-se uma escassez de trabalhos publicados acerca do tema, pois a avaliação da cultura de segurança em hospitais ainda é incipiente. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a cultura da segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo. Desenvolveu-se uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa por meio de estudo de caso, realizada em uma instituição hospitalar no município de São Paulo que possui 766 leitos ativos e aproximadamente 5000 colaboradores. A pesquisa foi realizada em unidades de terapia intensiva e contou com 150 participantes, profissionais de saúde em nível superior e técnicos, que atuavam na função por mais de três meses e completaram um instrumento composto de assertivas em Escala tipo Likert e espaço aberto para outras considerações. Um questionário foi aplicado com 9 participantes com vistas a identificar as potencialidades e as fragilidades acerca da Cultura da Segurança do Paciente na instituição, e quais competências o profissional de saúde precisa para desenvolver a Cultura da Segurança do Paciente. Os dados da Escala Likert receberam análise estatística e os relatos espontâneos e os questionários foram tratados com a análise de conteúdo na modalidade temática. Os resultados demonstraram que 12% das assertivas encontram-se em zona de perigo, 69% em zona de alerta e 19% em zona de conforto, e que na percepção dos profissionais participantes da pesquisa há fragilidades acerca da Segurança do Paciente. A partir dos resultados desenvolveu-se um programa técnico-educativo para a educação permanente de profissionais de saúde com vistas a proporcionar conhecimento funcional em segurança do paciente e em áreas correlatas, e reforçar as competências relacionadas à segurança. Concluiu-se que conhecer a cultura da segurança do paciente nas organizações de saúde é imperativo para desenvolver qualquer tipo de programa de segurança.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Capacitação profissional. Competência profissional. Equipe Interdisciplinar de Saúde.

ABSTRACT

The present study adopted as the central theme the Patient Safety Culture. Patient Safety is defined as the least acceptable reduction in the risk of unnecessary harm associated with health care. The safety culture has received increasing attention in recent decades in the field of health organizations. Safe cultures are those in which people voluntarily manifest themselves when they observe situations and risky behaviors. In Brazil, there is a shortage of published works on the subject, since the evaluation of safety culture in hospitals is still incipient. This research aims to analyze the culture of patient safety in the perception of health professionals of a hospital in the city of São Paulo. A descriptive exploratory study with a qualitative and quantitative approach was developed through a case study, carried out in a hospital institution in the city of São Paulo, which has 766 active beds and approximately 5,000 employees. The research was carried out in intensive care units and counted on 150 participants, health professionals at senior and technical levels, who worked in the function for more than three months and completed an instrument composed of Likert scale and open space assertions for other considerations. A questionnaire was applied with 9 participants to identify the strengths and weaknesses of the Patient Safety Culture in the institution and what competencies the health professional needs to develop the Patient Safety Culture. Likert scale data were analyzed statistically and spontaneous reports and questionnaire were treated with content analysis in the thematic modality. The results showed that 12% of the assertions are in danger zone, 69% in alert zone and 19% in comfort zone, and that in the perception of the professionals participating in the research, there are fragilities about Patient Safety. Based on the results, a technical-educational program was developed for the permanent education of health professionals with a view to providing functional knowledge in patient safety and related areas, and reinforcing safety-related skills. It was concluded that knowing the culture of patient safety in health organizations is imperative to develop any type of safety program.

Key words: Patient safety. Professional qualification. Professional competence. Interdisciplinary Health Team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 QUESTÕES DE PESQUISA	15
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3 MARCOS TEÓRICOS	18
3.1 Educação Permanente em Saúde e o desenvolvimento de competências profissionais	19
3.2 Educação Interprofissional	26
3.3 Segurança do Paciente.....	29
3.4 Formação profissional relacionada à segurança do paciente	39
4 PERCURSO METODOLÓGICO	45
4.1 Delineamento da pesquisa.....	46
4.2 Cenário da Pesquisa	47
4.3 População e Critério de amostragem.....	49
4.4 Procedimentos Éticos	51
4.5 Material e Instrumentos.....	51
4.6 Procedimentos de coleta de dados.....	53
4.7 Procedimentos de análise de dados	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
5.1 Mapeamento dos Protocolos da Instituição.....	57
5.2 Validação do instrumento.....	59
5.2.1 Análise Estatística da Escala Tipo Likert	59
5.2.2 Análise multivariada	61
5.2.3 Análise inferencial	65
5.2.4 Análise da pontuação nas Assertivas e Análise dos comentários no espaço aberto .	66
5.2.5 Análise Descritiva e Qualitativa do Questionário.....	91
5.2.6 Potencialidades e Fragilidades.....	91
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	107
APÊNDICES.....	122
ANEXOS	152

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo adotou como tema central a Cultura da Segurança do Paciente. A Segurança do Paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013a).

Durante minha trajetória profissional como enfermeira de uma instituição hospitalar de grande porte no município de São Paulo por 16 anos, atuando na área de educação permanente e gestão dos serviços de enfermagem, enfrentei desafios relacionados ao desenvolvimento de competências nos profissionais de enfermagem para um cuidado seguro ao paciente. Durante um ano e meio ocupei o cargo de Assistente da Diretoria de Enfermagem onde atuei nas diversas interfaces, como diretorias médicas, de farmácia, nutrição, serviços de apoio, dentre outros. Consequentemente este desafio demonstrou-se muito além dos limites da equipe de enfermagem, pois a cultura da segurança do paciente depende do envolvimento de todas as categorias profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado ao paciente.

É importante ressaltar que este fato ganhou relevância, pois há sete anos também atuo com avaliadora do Sistema Brasileiro de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (SBA/ ONA), há três anos como auditora da norma acreditadora DNV GL *International Accreditation Standart* (DIAS) e há dois anos como auditora da Resolução Normativa – RN nº 277 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2011), as quais buscam desenvolver, nas organizações prestadoras de serviço de saúde, um sistema de saúde seguro e com qualidade assistencial, com vistas a garantir a segurança do paciente.

Há 6 meses, durante o desenvolvimento desse estudo, fui convidada a assumir a Gerência de Assistência de um hospital na baixada Santista de São Paulo, sob a concessão de uma fundação filantrópica. A fundação também administra dois hospitais no estado de Minas Gerais, sendo que um deles foi a primeira instituição hospitalar certificada como ONA nível 3 no Brasil, bem como é também certificada nas normas DIAS e ISO 9001:2008. Como gerente de assistência tenho, sob minha responsabilidade, toda a equipe multidisciplinar e, como meta implantar os requisitos para certificação ONA, com vistas a garantia da segurança do paciente e da gestão por processos. Para isso será preciso construir uma assistência segura por meio do trabalho interdisciplinar da equipe de saúde, com práticas transformadoras e colaborativas.

Assim, considerando minha atuação profissional, percebo que a formação acadêmica e a educação permanente dos profissionais da saúde destacam-se como componentes essenciais na construção da cultura de segurança e que, manter pacientes seguros, requer esforços interdisciplinares (REBRAENSP, 2013; WACHTER, 2013).

A cultura de segurança, nas últimas décadas, tem recebido crescente atenção no campo das organizações de saúde e, no Brasil, a implementação de iniciativas têm sido apoiada por legislações vigentes, como a Portaria do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro nº 529 de 2013, a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 2013/Agência Nacional da Vigilância Sanitária, dentre outras. Culturas seguras são aquelas em que as pessoas voluntariamente se manifestam quando observam situações e comportamentos de risco.

De acordo com o inciso VI do Art. 5º da Portaria MS/GM nº 529/2013, uma das estratégias para a promoção da cultura de segurança em serviços de saúde “é a ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, com engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com destaque em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual” (BRASIL, 2014a).

A melhoria e a manutenção da cultura de segurança nos serviços de saúde são alcançadas, dentre outros, por meio do desenvolvimento de sistemas de liderança, sendo que os líderes devem estar envolvidos no processo de criar e transformar a cultura de segurança do paciente, e por meio da promoção de trabalho em equipe, com um enfoque proativo, sistemático e organizacional de trabalho, contribuindo para a construção de habilidades profissionais e melhoria dos desempenhos das equipes para a redução de danos preveníveis (BRASIL, 2014a).

Sendo assim, este tema me mobilizou a buscar novos conhecimentos e a provocar reflexões e mudanças no sentido de otimizar e transformar a minha atuação profissional.

Pretende-se com esta pesquisa, conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura da segurança do paciente e quais procedimentos estes profissionais adotam para garantir a segurança do paciente, a fim de desenvolver um programa de formação e desenvolvimento profissional com estratégias educativas e gerenciais capazes de disseminar sistematicamente e sustentar a cultura da segurança do paciente.

Um produto técnico-educativo para a educação permanente de profissionais de saúde foi desenvolvido com vistas a proporcionar conhecimento funcional em segurança do paciente e em áreas correlatas, e reforçar as competências relacionadas à segurança.

1.1 QUESTÕES DE PESQUISA

As questões que me nortearam no desenvolvimento dessa pesquisa foram:

- Os profissionais de saúde estão preparados para identificar os riscos e atuar no sentido de preveni-los?
- Como os profissionais de saúde percebem a relevância da segurança do paciente?
- Quais/como as estratégias são implementadas na instituição hospitalar para desenvolver a cultura da segurança do paciente?
- Quais competências os profissionais de saúde devem desenvolver nos processos do cuidado no que se refere a cultura da segurança do pacientes?
- Como são monitorados e avaliados os eventos, na instituição estudada, e quais são as ações educativas utilizadas para capacitar os profissionais?

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a percepção dos profissionais de saúde de um hospital de grande porte da cidade de São Paulo em relação a Cultura da Segurança do Paciente.

2.2 Objetivos específicos

- Mapear, nos protocolos das unidades estudadas, as estratégias definidas e implementadas para o desenvolvimento da Segurança do Paciente;
- Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura da segurança do paciente, as potencialidades e fragilidades acerca da cultura de segurança do paciente na instituição;
- Identificar as competências necessárias do profissional de saúde para a Cultura da Segurança do Paciente.
- Desenvolver um produto técnico-educativo para a educação permanente de profissionais de saúde com vistas a proporcionar conhecimento funcional em segurança do paciente e em áreas correlatas, e reforçar as competências relacionadas à segurança.

3 MARCOS TEÓRICOS

3 MARCOS TEÓRICOS

Para uma aproximação com o objeto do estudo e para o alcance dos objetivos propostos, esta pesquisa foi embasada em quatro marcos teóricos:

- 1- Educação permanente em saúde e o desenvolvimento de competências profissionais, como forma de desenvolver, nos profissionais de saúde, a reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão, a partir do saber fazer, por meio do aprendizado proativo.
- 2- Educação interprofissional, que propõe uma prática colaborativa entre os profissionais de saúde, considerando a complexidade das necessidades de cuidado.
- 3- Segurança do paciente, uma breve trajetória das iniciativas voltadas à segurança do paciente, com foco na gestão de riscos, na redução da ocorrência de eventos adversos, no envolvimento do paciente e seus familiares nas ações de segurança do paciente e na cultura de segurança do paciente.
- 4- Formação profissional relacionada à segurança do paciente, uma breve trajetória histórica da formação profissional em saúde voltada a segurança do paciente.

3.1 Educação Permanente em Saúde e o desenvolvimento de competências profissionais

A Constituição Federal de 1988, que estabelece a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu Artigo 200, inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 2016).

Com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, fica enfatizada a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1990).

Em 2004, por meio da Portaria Interministerial nº 198/04, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor, articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

O Ministério da Saúde tomou a Educação Permanente em Saúde como ideia central da Política de Gestão da Educação no trabalho em saúde, passando a desenvolver ações indutoras significativas no interior do SUS, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Colocar a Educação Permanente em Saúde na ordem do dia para o SUS pôs em evidência

o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (CECCIM, 2005, p.977).

Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004a).

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), a lógica da Educação Permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

Enquanto a educação continuada aceita o acúmulo sistemático de informações e o cenário de práticas como território de aplicação da teoria, a educação permanente entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.49-50).

O processo de Educação Permanente tem o enfoque na modificação substancial das estratégias educativas, partindo da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer, colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores, e abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar (BRASIL, 2009).

Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto com as cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2004/2005, p.166).

Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (BRASIL, 2004b). A Educação Permanente em Saúde considera o mundo do trabalho como escola, ou seja, que as experiências no trabalho são uma fonte sistemática de formação, de geração de novas ideias e proposições, de (re)elaboração de conhecimentos que emergem da prática (BRASIL, 2018). Ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, a Educação Permanente em Saúde insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas organizacionais, a instituição e/ou o setor da saúde e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005).

Ceccim (2005) defende que dentre os elementos analisadores para pensar/providenciar a Educação Permanente em Saúde está a construção de novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico.

Nesta vertente, a educação permanente em saúde interpõe uma reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão. Surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento. Atualmente não basta “saber” ou “fazer”, é preciso “saber fazer”, interagindo e intervindo, e essa formação deve ter como características: a autonomia e a capacidade de aprender constantemente, de relacionar teoria e prática e vice-versa. A educação permanente consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes. É, portanto, intrínseca, uma capacidade a ser desenvolvida, uma competência, é o aprender constante em todas as relações do sujeito (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere. A situação prevê transformar o cotidiano de trabalho em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe. Trata-se de promover a autonomia e responsabilização das equipes de trabalho, a partir do diagnóstico e da busca de soluções compartilhadas, incluindo, como seria esperado, o acesso a novos conhecimentos e competências culturais ligados às mudanças na ação e no contexto real das práticas (BRASIL, 2009).

Ao integrar o mundo do trabalho ao mundo da educação, o ambiente de aprendizagem dos estudantes e trabalhadores configura-se no próprio espaço da atenção e gestão. Essa aproximação faz com que o aprendizado seja fundamentado na reflexão das práticas, ganhando sentido por estar relacionado à realidade do trabalho em saúde.

A educação permanente em saúde, tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde possibilita, aos profissionais de saúde, o desenvolvimento de competências para que sejam capazes de atuar com segurança, acompanhando as mudanças e avanços tecnológicos e as diversidades presentes no mundo contemporâneo, reconhecendo que o conhecimento não pode ser esgotado nem na formação “formal”, nem tampouco na vivência diária (BRASIL, 2004b; SALUM; PRADO, 2014).

Perrenoud (1999) define competência como a capacidade de agir eficazmente em determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles. Para o autor, a competência busca responder às necessidades do mundo contemporâneo; constrói-se na formação, mas também nas diferentes situações do trabalho.

As competências não devem ser entendidas como meras habilidades, atitudes, conhecimentos ou destrezas, já que um conjunto de habilidades não constitui por si só uma competência. As competências se definem em relação a situações de trabalho determinadas. Neste sentido, a emergência de competências implica um desenvolvimento crescente da autonomia do indivíduo (OIT, 2002).

Na Espanha, o Ministério de Educação e Ciência define a competência profissional como um conjunto de capacidades para desempenhar papéis em situações de trabalho, segundo os níveis requeridos pelo emprego. Estas capacidades incluem a antecipação aos problemas, a avaliação das consequências do trabalho e a faculdade de participar ativamente na melhora da produção. Segundo o Conselho Nacional de Educação, entende-se por

competência profissional a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades, necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho (OIT, 2002).

Em saúde, o desenvolvimento de competências apresenta-se como uma nova perspectiva para a formação dos profissionais da área, não só por incentivar a reflexão crítica, mas por ser capaz de responder às exigências impostas pelo atual cenário de mudanças sociais e favorecer o desenvolvimento da cidadania. O perfil de competências desejado aos profissionais da saúde considera o conhecimento técnico especializado, as habilidades e as atitudes a serem desenvolvidas, capazes de responder a necessidades e demandas de saúde da população em situações concretas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010a).

O Comitê de Educação das Profissões de Saúde do *Institute of Medicine* recomenda aos programas e instituições envolvidas na educação de profissionais de saúde que:

“Todos os profissionais de saúde devem ser educados para prestar cuidados centrados no paciente como membros de uma equipe interdisciplinar, enfatizando a prática baseada em evidências, abordagens de melhoria de qualidade e informática.” (GREINER; KNEBEL; *Editors*, 2003, p.45)

Para esse fim, o comitê propõe um conjunto de cinco competências:

- Cuidados centrados no paciente - identificar, respeitar e se preocupar com as diferenças, valores, preferências e necessidades expressas dos pacientes; aliviar a dor e o sofrimento; coordenar o cuidado contínuo; ouvir, informar claramente, comunicar e educar os pacientes; compartilhar tomada de decisão e gestão; e defender continuamente a prevenção de doenças, o bem-estar e a promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo o foco na saúde da população;
- Trabalho em equipes interdisciplinares - cooperar, colaborar, comunicar e integrar o cuidado em equipes para garantir que o atendimento seja contínuo e confiável;
- Práticas baseadas em evidências - integrar a melhor pesquisa com a experiência clínica e os valores do paciente para o cuidado ideal e participar das atividades de aprendizado e pesquisa, na medida do possível;
- Melhoria de qualidade - identificar erros e perigos no atendimento; compreender e implementar princípios básicos de segurança, como padronização e simplificação; continuamente compreender e medir a qualidade do atendimento em termos de estrutura, processo e resultados em relação às necessidades do paciente e da

comunidade; projetar e testar intervenções para mudar processos e sistemas de atendimento, com o objetivo de melhorar a qualidade;

- Uso da informática - comunicar, gerenciar conhecimento, mitigar erros e suportar à tomada de decisões usando a tecnologia da informação (GREINER; KNEBEL; *Editors*, 2003).

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, com o objetivo de contribuir para que os enfermeiros de São Paulo desenvolvam competências que os tornam mais qualificados para gerenciar a assistência de enfermagem com qualidade e livre de riscos, desenvolveu, em 2008, o Projeto Competências, que dirigiu seu foco para os enfermeiros Responsáveis Técnicos, mapeando onze competências necessárias para a sua atuação:

- Liderança: Capacidade de influenciar pessoas, de forma a atingir ou superar os objetivos propostos pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diversidades;
- Comunicação: Capacidade de usar o processo pelo qual ocorre a interação interpessoal no compartilhamento de informações, conhecimentos, experiências, ideias e emoções expressas de maneira verbal, não-verbal e paraverbal;
- Tomada de decisão: Capacidade de desenvolver um processo de escolha da melhor alternativa dentre as existentes para solução adequada das situações e condições surgidas no dia a dia de trabalho, baseada em conhecimentos e práticas, e considerando limites e riscos;
- Negociação: Capacidade de alcançar os resultados desejados nas relações entre partes, com o uso da premissa do consenso e do conhecimento dos fatos, permeados pelos preceitos éticos, legais e técnico-científicos;
- Trabalho em equipe: Capacidade de desenvolver a habilidade de interagir com um grupo de pessoas, articulando ações para alcançar objetivos comuns, respeitando os limites, necessidades e diferenças individuais;
- Relacionamento interpessoal: Capacidade de agregar e interagir com pessoas de forma cordial, empática e profissional, proporcionando ambiente favorável ao desenvolvimento das atividades;
- Flexibilidade: Capacidade de se adaptar a mudanças, ser receptivo a críticas e sugestões, rever conceitos, mantendo o foco nos objetivos institucionais e preservando seus valores profissionais;

- Empreendedorismo: Capacidade de desenvolver habilidades para gerir e aproveitar oportunidades de negócio, inventar e melhorar processos, de forma isolada ou na empresa em que trabalha;
- Criatividade: Capacidade de desenvolver idéias inovadoras na agregação de valor ao negócio, transformando-as em ações facilitadoras das atividades cotidianas;
- Visão sistêmica: Capacidade de compreender a instituição como um todo e a relação existente entre as partes que a compõem; e
- Planejamento e organização: Capacidade de planejar, organizar e priorizar atividades a serem desenvolvidas, nos âmbitos estratégico, tático e operacional da instituição, conduzindo as ações de modo a favorecer a continuidade dos processos de trabalho e desempenho da equipe (COREN, 2008).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina, aprovadas e instituídas pelo Conselho Nacional de Educação por meio da Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, consideram que o médico deve adquirir as seguintes competências:

- Atenção à Saúde: prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, nos aspectos individual e coletivo, com capacidade para pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos baseadas em evidências;
- Aptidão para tomada de decisões administrativas e gestão do processo de trabalho e do cuidado;
- Comunicação e liderança: manejo de informações, interação com pessoas, trabalho em equipe, compromisso, responsabilidade e empatia;
- Educação permanente: aprender a aprender, socializar conhecimento e refletir sobre a própria prática (BRASIL, 2001).

Já a Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina instituídas pela Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, define em seu artigo 4º:

Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas: I - Atenção à Saúde; II - Gestão em Saúde; e III - Educação em Saúde. (BRASIL, 2014b)

Reconhece-se que desenvolvimento de competências permite ao profissional conviver com a diversidade e com o avanço tecnológico do mundo moderno, constituindo a tônica defendida pela educação permanente para a formação dos profissionais atualmente, e, além do mais, pode ser percebida como potencialidade de transformação do sujeito profissional em suas dimensões pessoal, profissional e institucional (SALUM; PRADO, 2014).

O desenvolvimento de competências comportamentais tem sido reconhecido como essencial para um cuidado em saúde seguro e de qualidade. Espera-se que os profissionais de saúde tenham atitudes de escuta, alteridade, empatia, comunicação e atenção aos riscos e eventos adversos. A educação na saúde tem papel estratégico nesse processo, quando promove o debate sobre comportamentos, atitudes e decisões que os profissionais devem ter na assistência em saúde (BRASIL, 2018).

3.2 Educação Interprofissional

Segundo a WHO (2010) a Educação Interprofissional (EIP) ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde. A prática colaborativa na atenção à saúde, por sua vez, ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços.

Conceitualmente, a diferença entre a EIP e trabalho multiprofissional está em que no primeiro caso, os estudantes aprendem de forma interativa sobre papéis, conhecimentos e competências dos demais profissionais. No segundo, as atividades educativas ocorrem entre estudantes de duas ou mais profissões conjuntamente, no entanto, de forma paralela, sem haver necessariamente interação entre eles. Sendo assim, pode-se afirmar que o ensino nos moldes interprofissional é capaz de fornecer os subsídios necessários para fortalecer o trabalho em equipe, tendo em vista a transformação das práticas de saúde no sentido da integração e colaboração interprofissional, com foco nas necessidades de saúde dos usuários e população (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Um estudo para avaliar a formação para o trabalho em equipe e a integralidade no cuidado, na percepção dos egressos, a partir de um Projeto Pedagógico pautado na EIP e de um currículo integrado nas carreiras da saúde, constatou que diversas competências para o trabalho em equipe e para a integralidade do cuidado foram desenvolvidas a partir da

formação inicial na graduação dos cursos da área da saúde que fizeram parte da amostra do estudo (ROSSIT; BATISTA; BATISTA, 2013).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde, de acordo com o Anexo Parecer Técnico nº 300/2017 à Resolução nº 569, de 19 de Janeiro de 2018, devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional. O preceito da integralidade aponta também para a interdisciplinaridade – enquanto integração de diferentes campos de conhecimentos; para a interprofissionalidade – ocasião em que há intensa interação entre diferentes núcleos profissionais; e para a intersetorialidade – envolvimento de diferentes setores da sociedade no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde. A integralidade, sustentada por essas premissas, demanda em sua essência (re)situar os usuários na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde.

Muitos profissionais de saúde acreditam estar praticando de forma colaborativa, simplesmente porque trabalham junto com outros profissionais de saúde. Na realidade, eles podem estar simplesmente trabalhando em um grupo no qual cada indivíduo concordou em usar suas próprias habilidades para alcançar um objetivo comum. Colaboração, no entanto, não se refere somente a acordo e comunicação, mas sim à criação de sinergia. A colaboração ocorre quando dois ou mais indivíduos com diferentes experiências profissionais e habilidades complementares interagem para criar uma compreensão compartilhada a qual nenhum deles teria chegado sozinho. Quando os profissionais de saúde colaboram entre si, existe algo a mais que não existia antes (WHO, 2010).

Para que os profissionais de saúde efetivamente colaborem e melhorem os resultados na saúde, dois ou mais deles, com diferentes experiências profissionais, devem em primeiro lugar ter oportunidades de aprender sobre os outros, com os outros e entre si. Essa EIP é essencial para o desenvolvimento de uma força de trabalho de saúde “colaborativa preparada para a prática”, na qual os funcionários trabalham juntos para prestar serviços abrangentes em uma ampla gama de locais de assistência de saúde. É nesses locais que podem ser feitos os maiores avanços em direção a sistemas de saúde fortalecidos (WHO, 2010).

Entende-se, portanto, que a EIP na saúde passa a ser um meio de desafiar o contexto usual de formação, para encontrar respostas novas aos novos problemas que se configuram: a complexidade das necessidades de cuidado, a fragmentação do cuidado prestado pelas diferentes especialidades profissionais, bem como o imperativo de superar os esquemas tradicionais de ensino (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Uma abordagem baseada no trabalho em equipe para a prestação da atenção à saúde maximiza os pontos fortes e as habilidades de cada profissional de saúde contribuinte. Isso aumenta a eficiência das equipes ao reduzir a duplicidade de serviços, promover padrões de referenciamento mais frequentes e adequados, maior continuidade e coordenação da atenção à saúde e tomada de decisão colaborativa com pacientes (WHO, 2010).

O trabalho colaborativo, entendido enquanto complementaridade de diferentes atores atuando de forma integrada permite o compartilhamento de objetivos em comum para alcançar os melhores resultados de saúde. O efetivo trabalho em equipe, dessa forma, precisa ser compreendido para além de diferentes sujeitos ocupando um mesmo espaço. É um processo permanente de colaboração sustentado pela parceria, interdependência, sintonia de ações e finalidades, e equilíbrio das relações de poder, possibilitando potencializar a atuação do usuário/paciente/sujeito, das famílias e comunidades na tomada de decisões e na elaboração de ações e políticas que possam dar respostas às suas demandas (BRASIL, 2018).

A prática colaborativa é efetiva quando há oportunidades para a tomada de decisão compartilhada e para reuniões de equipe de rotina. Dessa forma, os profissionais de saúde podem decidir sobre metas comuns e planos de gerenciamento de pacientes, balancear tarefas individuais e compartilhadas e negociar recursos compartilhados. Sistemas e processos de informação estruturados, estratégias de comunicação efetivas, políticas para resolução de conflitos e diálogo frequente entre a equipe e os membros da comunidade desempenham um papel importante no estabelecimento de uma boa cultura de trabalho (WHO, 2010).

Frente ao exposto, pode-se dizer que a prática colaborativa constitui-se em um instrumento poderoso para garantir a segurança do paciente, ao possibilitar uma comunicação produtiva entre os profissionais, pela diminuição da hierarquia, aumento da possibilidade de escuta e atenção compartilhada para as necessidades das pessoas no processo de saúde-doença (BRASIL, 2018).

Ainda segundo a WHO (2010) a prática colaborativa pode melhorar a assistência e a segurança dos pacientes, uma vez que pode reduzir o número de complicações de pacientes, a duração da internação, a tensão e o conflito entre os prestadores de assistência, a rotatividade de profissionais, o número de internações, as taxas de erros médicos e as taxas de mortalidade.

3.3 Segurança do Paciente

O tema segurança do paciente ganhou relevância mundial a partir da publicação, em 1999, do relatório ‘Errar é Humano’ do *Institute of Medicine*, o qual demonstrou que em hospitais dos Estados Unidos, cerca de 44 mil a 98 mil pessoas morrem a cada ano, devido a erros associados à assistência à saúde que poderiam ser evitados. Este relatório apontou também que, além de custar vidas humanas, os erros evitáveis representam prejuízos financeiros ao sistema de saúde, além da perda da credibilidade e da satisfação de pacientes e profissionais da saúde. A meta deste estudo foi auxiliar na construção de um sistema de saúde seguro propondo uma redução de, no mínimo, 50% de ocorrência de erros ao longo dos próximos cinco anos de sua publicação (BRASIL, 2014c; (KOHN *et al.*, 2000).

Diante da mobilização mundial decorrente da publicação do relatório ‘Errar é Humano’, e preocupada com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente em serviços de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tendo o Brasil como um Estado Membro (ANVISA, 2011). O objetivo desta Aliança foi despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para a segurança do paciente em todo o mundo (ANVISA, 2011).

Dentre as ações definidas pela OMS para o Programa Segurança do Paciente, destacam-se: o Programa Desafio Global para a Segurança do Paciente, no qual é lançado, a cada dois anos, um desafio de relevância universal para a segurança do paciente a fim de manter o compromisso global e o desenvolvimento de ações; a Classificação Internacional para Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety - ICPS*), que tem por finalidade construir uma classificação internacional a fim de harmonizar a descrição de incidentes de segurança do paciente, composto por 48 conceitos-chaves e termos, sendo traduzido para o português pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS, 2010; BRASIL, 2014c; BRASIL, 2013b; REBRAENSP, 2013; WHO, 2008b).

Ao lado dos outros países que aderiram à Aliança, o Brasil está politicamente comprometido com os propósitos da OMS, com iniciativas específicas no campo da segurança do paciente.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (ANVISA/MS), por meio da Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), com apoio da

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), vem instituindo uma sequência ordenada de atividades voltadas para a segurança do paciente e da qualidade em serviços de saúde (OPAS/ OMS, 2015).

Um marco regulatório importante para o país se deu em 1º de abril de 2013 quando o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529, de 01/04/2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP (BRASIL, 2013a).

O PNSP define os conceitos relevantes na área da Segurança do Paciente e as principais estratégias para implementação do Programa, que são: o suporte à implementação de práticas seguras nos hospitais brasileiros; a criação de um sistema de notificação de incidentes; e, a elaboração de protocolos e promoção de processos de capacitação. Seu objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, e seus objetivos específicos, previstos em seu Artigo 3º, são:

- I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e
- V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde. (BRASIL, 2013a)

Duas importantes ações realizadas pela ANVISA constituem um histórico à criação do PNSP. A primeira foi a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011, que aprova o Regulamento Técnico que estabelece os Requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde, que prevê o estabelecimento de estratégias e ações voltadas para a Segurança do Paciente. A segunda ação foi o projeto intitulado “Paciente pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde”, lançado em dezembro de 2012, a fim de levar ao conhecimento do paciente um conjunto de normas e regulamentos da ANVISA voltados à segurança dos serviços de saúde, bem como envolvê-lo no cuidado prestado.

Dentre outras iniciativas específicas no campo da segurança do paciente que vem ocorrendo no Brasil, encontra-se a Rede Sentinela, um conjunto de hospitais coordenados pela ANVISA desde 2002, que subsidia o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária com a notificação de eventos adversos que afetam a assistência ao paciente e de queixas técnicas

ligadas ao uso de produtos para a saúde, medicamentos, sangue e hemoderivados (BRASIL, 2013c). A rede conta com 192 hospitais que atuam sistematicamente no monitoramento e notificação de eventos adversos. São hospitais que cumprem todos os requisitos de excelência na realização de relatos de problemas para a ANVISA. Esta é uma medida fundamental para que problemas técnicos e erros de procedimentos possam ser identificados e corrigidos no dia a dia dos hospitais (BRASIL, 2013c).

Frente ao cenário mundial e nacional, a enfermagem como parte integrante dos profissionais de saúde, em 2008, constituiu 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.

Os objetivos da REBRAENSP são: a) compartilhar informações e conhecimentos relacionados à área de Enfermagem e Segurança dos Pacientes; b) promover a articulação entre os membros, para ampliar e fortalecer as suas atividades de cuidado, ensino, pesquisa e cooperação técnica; c) compartilhar metodologias e recursos tecnológicos destinados às atividades de cuidado, gestão, educação, investigação, informação e cooperação técnica relacionada à enfermagem e segurança do paciente; e, d) promover o acesso equitativo e universal às fontes de informação técnico-científicas e referenciais em matéria de enfermagem e segurança do paciente, entre outros (REBRAENSP, 2013).

Em 2013 a REBRAENSP publicou “Estratégias para a Segurança do Paciente: Manual para profissionais da saúde”. O manual compreende 12 estratégias que visam à prevenção de danos e promoção da segurança do paciente: Higienização das Mãos; Identificação do Paciente; Comunicação Efetiva; Prevenção de Queda; Prevenção de Úlcera por Pressão; Administração Segura de Medicamentos; Uso Seguro de Dispositivos Intravenosos; Procedimentos Cirúrgicos Seguros; Administração Segura de Sangue e Hemocomponentes; Utilização Segura de Equipamentos; Pacientes Parceiros na sua Segurança; e Formação de Profissionais da Saúde para a Segurança do Paciente (REBRAENSP, 2013).

Após a Portaria nº 529, de 01/04/2013, a ANVISA publicou a Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Esta Resolução define que serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa, devem estruturar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e desenvolver um Plano de Segurança do Paciente (PSP), tendo como princípios norteadores a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de

funcionamento do serviço de saúde (BRASIL, 2013d). De acordo com o Art. 3º inciso II, desta Resolução,

“a Cultura da segurança é um 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” (BRASIL, 2013d)

A RDC nº 36 de 2013 integra o elenco de medidas do Programa Nacional de Segurança do Paciente lançado pelo Ministério da Saúde e pela ANVISA em abril de 2013 (BRASIL, 2013d; BRASIL, 2013e). Desta maneira, o PNSP pode ajudar a informar, a organizar e a articular mecanismos para evitar o erro e mitigar os eventos adversos nos serviços de saúde, mas precisa encontrar um ambiente favorável às mudanças (REBRAENSP, 2013).

Conforme descrito por Kohn *et al.* (2000), comumente, erros são causados por sistemas defeituosos, processos e condições que levam as pessoas a cometer erros ou a não conseguir impedi-los.

Geralmente, a abordagem dos erros associados aos cuidados em saúde, tem sido a de culpar o profissional que oferece atendimento direto ao paciente, atuando no que, às vezes, é chamado de “ponta” do cuidado. Contudo, segundo Wachter (2013), essa abordagem ignora o fato de que a maioria dos erros é cometido por indivíduos bem treinados, trabalhadores, e que tais erros provavelmente não são prevenidos, advertindo as pessoas a ter mais cuidado ou envergonhando-as, demitindo-as ou processando-as. O movimento moderno de segurança do paciente substitui o jogo da culpa e da vergonha por uma abordagem conhecida como pensamento sistêmico. Esse paradigma reconhece a condição humana, ou seja, que os humanos erram, e conclui que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem erros e que previnam ou captem, antes que eles causem danos.

É importante destacar que os prestadores de cuidado são afetados após cometerem um erro, tornando-se uma segunda vítima, e portanto, também necessitam de empatia e atenção (WACHTER, 2013).

Uma pesquisa realizada com profissionais de saúde em um hospital universitário sueco analisou o impacto da ocorrência dos eventos adversos nos profissionais de saúde e demonstrou que a maioria dos envolvidos relatou que o fato causou um sofrimento emocional, afetando sua vida pessoal e profissional. Este apontamento mereceu destaque por parte dos

pesquisadores, uma vez que os profissionais de saúde, em algum momento de suas carreiras, estão suscetíveis a se envolverem em um evento adverso (ULLSTRÖM *et al.*, 2013).

A abordagem sistêmica de um erro é importante para combater o instinto de culpar e assim, substituí-lo pela identificação de falhas sistêmicas que esteja permitindo que os inevitáveis erros humanos causem danos. Permite também fazer a distinção entre “erro humano”, “comportamento de risco” e “comportamento imprudente”. Esta última categoria, entretanto, definida como “agir em desrespeito consciente ao risco substancial e injustificável”, é digna de culpa (WACHTER, 2013).

O termo erro médico, segundo Makary e Daniel (2016), pode ser definido como um ato não intencional ou que não alcança seu resultado pretendido, como um erro de planejamento para atingir um objetivo, como uma falha de uma ação planejada ou um erro de execução, ou como um desvio do processo de cuidados, o qual pode ou não causar danos ao paciente (MAKARY; DANIEL, 2016).

A culpa é apropriada para indivíduos que cometem erros frequentes e descuidados, que falham em acompanhar sua especialidade, que comparecem ao trabalho alcoolizados ou que optam por ignorar normas sensatas de segurança. David Marx e outros promoveram o conceito de uma “Cultura Justa” como forma de devolver o foco apropriado da não culpabilidade ao processo de cuidar (WACHTER, 2013).

O ato de notificar erros pode ser um componente útil em esforços mais amplos para descobrir problemas e engajar os colaboradores da linha de frente. Os erros devem ser analisados de forma a gerar o máximo aprendizado institucional e a estimular as mudanças necessárias.

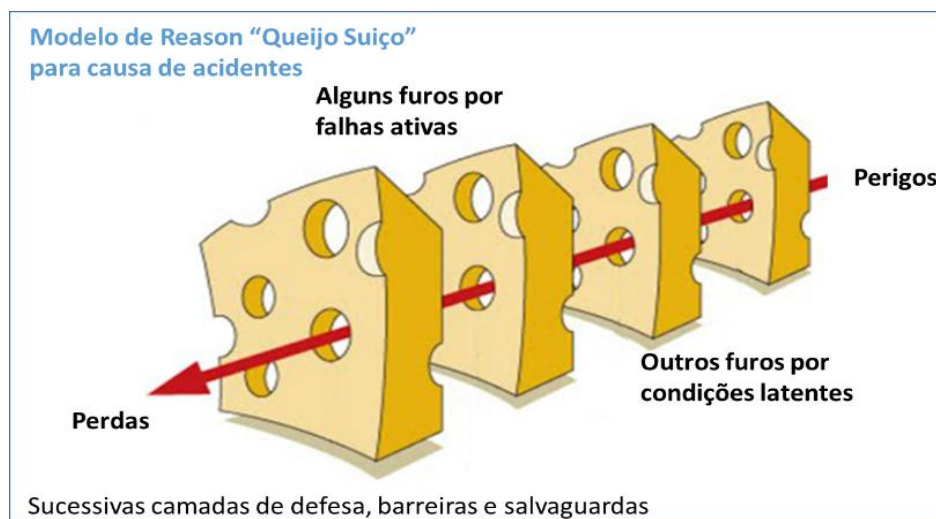
Um método utilizado para fazer isso é conhecido como análise de causa-raiz, que tem como objetivo identificar fatores relacionados com os sistemas que levam ao erro e sugerir soluções que possam prevenir que erros similares causem danos no futuro (WACHTER, 2013). A análise da causa raiz (ACR) consiste na avaliação retrospectiva das causas dos incidentes sem dano (evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde), dos eventos adversos (incidentes que resultam em danos à saúde) e dos quase erros ou *near miss* (incidentes que ocorreram, mas não atingiram o paciente). Existem várias técnicas e/ou ferramentas que podem ser utilizadas para realizar a ACR, como análise de barreiras, o diagrama de causa-efeito ou Diagrama de Ishikawa, o *brainstorming* ou tempestade de ideias e Protocolo de Londres (BRASIL, 2017). Outro método utilizado é a técnica modo de falhas e análise de efeitos (FMEA), onde a probabilidade de um determinado processo falhar é combinada com a estimativa do impacto

relativo dessa falha, produzindo um índice de criticidade, e as etapas com a maior pontuação devem ser priorizadas na adoção de medidas de proteção (WACHTER, 2013).

A análise da causa raiz trata-se, portanto, de um processo sistemático de reconstrução da sequência lógica dos fatores que favoreceram a ocorrência do incidente. Durante o processo, pergunta-se “por que” até que as causas básicas sejam elucidadas (WHO, 2009a).

O modelo de queijo suíço de acidentes organizacionais, do psicólogo britânico James Reason, tem sido amplamente adotado como um modelo intelectual para a segurança sistêmica, uma vez que se concentra menos no objetivo de tentar aperfeiçoar o comportamento humano, e mais no objetivo de diminuir os buracos no queijo suíço e criar várias camadas de proteção para diminuir a probabilidade de que os buracos se alinhem e deixem um erro passar. Este modelo enfatiza que as análises de erros associados aos cuidados em saúde precisam se concentrar em suas raízes e não apenas no erro da ponta, ou seja, compreender a relação entre erros ativos, na ponta do cuidado, e erros latentes, no nível daqueles que atuam indiretamente nos sistemas (WACHTER, 2013; REASON, 2000). Desta forma, a análise de causa raiz focaliza os sistemas mal elaborados e não apenas as falhas do sujeito (humanas), dando importância à abordagem do sistema e não do sujeito (BRASIL, 2017a).

A Figura 1 apresenta uma imagem ilustrativa do modelo de queijo suíço.



Fonte: Reason (2000).

Figura 1 – Modelo de Reason “Queijo Suíço” para causas de acidentes.

Estima-se que nos EUA o erro assistencial seja a terceira causa de morte por erros em pacientes internados (MAKARY; DANIEL, 2016). Segundo os autores as estratégias para reduzir a morte por cuidados de saúde devem incluir três etapas: tornar os erros mais visíveis quando ocorrem para que suas consequências possam ser interceptadas, ter condições disponíveis para resgatar pacientes, e reduzir a frequência dos erros seguindo os princípios que levam em consideração as limitações humanas (MAKARY; DANIEL, 2016).

Um estudo internacional realizado em 2008 para avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais demonstrou que aproximadamente 50% dos eventos são evitáveis (VRIES *et al.*, 2008).

Um estudo conhecido como Estudo Iberoamericano de Eventos Adversos, através de uma colaboração entre os governos da Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru, o Ministério da Saúde Espanhol, Política Social e Igualdade, a Organização Pan-Americana de Saúde e a OMS, realizado entre 2007 e 2009 em 58 hospitais nos 5 países latino-americanos, observou 11.379 pacientes internados. Destes, 1.191 pacientes tiveram um evento adverso relacionado ao atendimento recebido, sendo que 60% desses foram considerados evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS *et al.*, 2011).

Nos Estados Unidos um em cada 10 pacientes hospitalizados desenvolvem um evento adverso (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014).

No Brasil, em 2009, Mendes e colaboradores realizaram um estudo em três hospitais brasileiros demonstrando que a incidência de pacientes com eventos adversos é similar aos estudos internacionais, no entanto, a proporção de eventos adversos evitáveis foi consideravelmente maior nos hospitais brasileiros (MENDES *et al.*, 2009).

Um outro estudo realizado em hospitais brasileiros demonstrou que 7,2% dos pacientes internados foram vítimas de ao menos um evento adverso durante sua internação, sendo que a mortalidade destes foi de 12,7% (COUTO *et al.*, 2017).

Como pode-se observar nos países desenvolvidos a produção de pesquisas tem sido muito maior do que nos países em desenvolvimento, porém ainda não existem evidências suficientes sobre a frequência e as causas de um cuidado não seguro, o que é essencial para compreender a extensão do dano ao paciente e desenvolver soluções, sendo que a maior parte dos estudos nesta área tem se concentrado em medir os danos e compreender as causas (BRASIL, 2014c; WHO, 2008).

O *Institute of Medicine* (IOM) afirma que se houver uma cultura de segurança onde os eventos adversos possam ser relatados sem as pessoas serem culpadas, elas terão a

oportunidade de aprender com os seus erros e fazer melhorias, a fim de evitar futuros erros humanos e do sistema, e promover a segurança do paciente (KOHN *et al.*, 2000).

Segundo Pronovost e Sexton (2005) em uma cultura segura os profissionais são guiados por um compromisso de segurança em toda a organização, em que cada membro defende suas próprias normas de segurança e as de seus colegas de trabalho.

Em uma organização, a cultura de segurança pode se apresentar em graus diversos de maturidade e progredir através de cinco estágios ao longo do tempo. Na cultura “patológica”, grau inferior de maturidade, a segurança é vista como um problema causado pelos trabalhadores. Na cultura “reativa”, a organização começa a considerar a segurança com maior seriedade, mas as ações são tomadas apenas após a ocorrência de incidentes. Na cultura “calculada”, a segurança é gerenciada, mas as abordagens são ainda muito verticalizadas, com sistemas de gerenciamento/gestão de risco e foco na coleta/recolha de dados. No estágio da cultura “proativa”, há um número maior de profissionais envolvidos no sentido de identificar e trabalhar os problemas de segurança, antecipando-se a ocorrência de incidentes; e por fim, no grau de maturidade mais elevado, na cultura “geradora”, há a participação de todos os níveis da organização, com aumento da confiança (HUDSON, 2003).

Sendo assim, cultura da segurança pode ser definida como a cultura organizacional que, direta ou indiretamente, influencia na segurança do paciente (LISTYOWARDOJO; NAP; JOHNSON, 2012). Culturas seguras são aquelas em que as pessoas voluntariamente se manifestam quando observam situações e comportamentos de risco. Os erros do passado podem ser utilizados como estratégias para criar um sistema mais seguro (WACHTER, 2013).

Espera-se que a cultura de segurança, nas organizações de saúde, seja constituída pelos seguintes componentes: 1.uma cultura justa, com relação à segurança e à justiça, em que haja o consenso entre as pessoas no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; uma cultura que não seja punitiva frente à ocorrência de incidentes, mas priorize buscar suas causas; 2.uma cultura de notificação de incidentes, que privilegie a informação (incluindo coleta/recolha, análise e divulgação sobre informações referentes à notificação de incidentes e quase incidentes) e encoraje as pessoas a falar sobre seus erros e a notifica-los; e, por fim, 3.uma cultura de aprendizagem, já que a organização constituiu uma memória de eventos passados, ela pode direcionar o aprendizado a partir deles (WHO 2008b).

Para a OMS, as organizações de saúde necessitam tornar-se resilientes, ou seja, um sistema que continuamente previne, detecta, mitiga ou diminui o perigo (circunstância ou agente com potencial de causar dano), ou a ocorrência de incidentes (WHO 2009b).

Um outro aspecto relevante no que diz a cultura da segurança do paciente em organizações de saúde, é o estabelecimento de um sistema centrado no paciente, onde a informação sobre a ocorrência de um incidente relacionado com os cuidados de saúde é um imperativo. A comunicação dos incidentes ocorridos aos pacientes e famílias (*disclosure*), pode ser definida como a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente ou familiar na qual é reconhecida a ocorrência de um erro, discutido o acontecimento e estabelecida a ligação entre o erro e o seu efeito, de forma que seja perceptível para o paciente. Dentre as vantagens sentidas pelos profissionais e pacientes na revelação de eventos adversos está a diminuição da possibilidade de lesão para outros, a transparência, a detecção de falhas no sistema, a contribuição para a prevenção e análise do incidente e a relação de confiança entre profissional-paciente (SANTOS; GRILO, 2014).

Após a publicação do relatório ‘Errar é Humano’ (KOHN *et al.*, 2000), o *Institute of Medicine* (IOM) recomendou que as organizações de saúde devessem trabalhar para aprimorar sua cultura de segurança do paciente, e desde então, começaram a surgir pesquisas que medem o clima de segurança dos pacientes em organizações de saúde (SMITS *et al.*, 2008).

Uma revisão sistemática de literatura realizada em 2005 por Colla e colaboradores identificou e analisou nove pesquisas utilizadas para medir o clima de segurança do paciente nos contextos de cuidados de saúde. Todas elas utilizaram uma escala Likert de cinco pontos. Sete pesquisas avaliaram cinco dimensões comuns do clima de segurança dos pacientes: liderança, políticas e procedimentos, pessoal, comunicação e relatórios. A maioria também abordou outras dimensões relacionadas ao clima de segurança do paciente (COLLA *et al.*, 2005).

No Brasil, observa-se uma escassez de trabalhos publicados acerca do tema, pois a avaliação da cultura de segurança em hospitais ainda é incipiente, e até o momento, não há evidências científicas a respeito da elaboração e validação de um instrumento para este fim (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). Contudo, os dois instrumentos mais populares, o *Hospital Survey on Patient Safety Culture Survey* (HSOPSC) criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) em 2004 e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) criado em 2006, foram adaptados transculturalmente para o Brasil em 2013 e 2012 respectivamente.

O *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) é um instrumento amplamente utilizado no mundo para mensurar cultura de segurança entre profissionais de hospitais, cujo trabalho influencia direta ou indiretamente a terapêutica do paciente, sejam

eles profissionais de saúde ou de outras áreas, como a administrativa, de gestão, dentre outras. O HSOPSC é constituído por nove seções, dispostas da letra A à I, somando 42 itens; é estruturado em 12 dimensões da cultura de segurança, avaliadas no âmbito individual, das unidades e hospitalar, além de avaliar variáveis de resultado. Ele avalia o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança, por meio de uma escala Likert, cujas possibilidades de resposta variam entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

A escala *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006* foi criada para avaliar as percepções de profissionais em relação a questão de segurança do paciente. Ela é capaz de fornecer informação sobre os fatores que precisam ser implementados na instituição e influenciam no clima de segurança, como, por exemplo, trabalho em equipe, satisfação no trabalho e condições de trabalho. O instrumento tem 41 questões que objetivam medir a percepção do clima de segurança, através de seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse. As respostas a cada uma das questões seguem uma escala Likert de cinco pontos: discordo totalmente, discordo um pouco, neutro, concordo um pouco, concordo totalmente e não se aplica. (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

O SAQ tem sido usado para explorar a relação entre os escores de clima de segurança e os resultados do paciente. As pontuações favoráveis foram associadas a períodos de permanência mais curtos, menos erros de medicação, menores taxas de pneumonia associadas ao ventilador e menores taxas de infecção sanguínea (COLLA *et al.*, 2005).

A avaliação da cultura de segurança tem sido descrita como um fator crítico na melhoria da qualidade e da segurança em cuidados de saúde, uma vez que pode fornecer aos líderes organizacionais informações sobre pontos fortes e fraquezas em diferentes áreas, e os seus achados podem auxiliar no desenvolvimento e na adoção de intervenções capazes de causar um impacto nestas respectivas áreas. Vale ressaltar que a avaliação da cultura de segurança é crucial porque diferentes questões relacionadas a profissionais de saúde em diferentes países, a organizações e a unidades são fortes determinantes de implementação bem-sucedida de uma intervenção. Como exemplo, um estudo demonstrou que os profissionais de saúde dos hospitais públicos na China preocupam-se com a culpa e a vergonha quando cometem um erro durante o cuidado, o que, por sua vez, vai de encontro às descobertas nos EUA onde o medo da vergonha foi a preocupação menos problemática dos profissionais de saúde. Ou seja, pode-se observar que os hospitais públicos chineses e os

hospitais dos EUA precisam de diferentes intervenções para melhorar a sua cultura de segurança (LISTYOWARDOJO *et al.*, 2017).

Percebe-se que a cultura de segurança nas últimas décadas tem recebido crescente atenção no campo das organizações de saúde e que, no Brasil, a implementação de iniciativas têm sido apoiada através das legislações vigentes, como a Portaria MS/GM n° 529 de 2013, a RDC n° 36 de 2013/ ANVISA, dentre outras.

O estudo de Neily, Mills e Young-Xu (2010) mostrou que programas de treinamento em equipe melhoraram os valores obtidos nos escores sobre cultura de segurança entre os profissionais e reduziram em 18% a mortalidade decorrente de cirurgias em hospitais americanos. Os programas de treinamento implementados nesse estudo enfatizaram quatro competências principais: a liderança, o trabalho em equipe, o apoio mútuo e a comunicação.

O estudo de Schwendimann *et al.* (2013) mostrou o aumento nos escores da cultura de segurança em um inquérito realizado em 706 unidades hospitalares. O estudo revelou que os serviços/departamentos em que a maior parte dos profissionais participou de rondas com suas chefias (*executive walkrounds*) apresentaram melhores resultados relativos à cultura de segurança, com maior redução dos riscos relacionados à segurança e maior retorno sobre as ações implementadas a partir dos problemas levantados nas rondas realizadas. Destaca-se, nesse estudo, o envolvimento e a participação dos líderes como potenciais motivadores do fortalecimento da cultura.

Algumas ações, dentre elas a adoção de listas de verificação em processos suscetíveis a erros (*checklists*) e normas baseadas em sólidas evidências científicas, destacaram-se como exemplos do fortalecimento da cultura de segurança. Embora as listas de verificação não possam resolver todos os problemas de segurança, o seu uso, associado a outras medidas de segurança como padronização, simplificação, funções forçadas à dupla checagem, pode contribuir para a prestação do cuidado de saúde mais confiável/fiável e seguro (REIS, 2014).

Contudo, este ainda é um tema novo, e portanto, faz-se necessário investigar sobre estas questões para que estratégias sejam elaboradas com o objetivo de desenvolver, nos profissionais de saúde da instituição estudada, as competências necessárias que garantam a segurança do paciente em sua prática diária.

3.4 Formação profissional relacionada à segurança do paciente

A formação compreende um processo de aprendizagem ancorado na intencionalidade, nas características singulares de cada pessoa, nas especificidades de determinada sociedade,

nas expectativas quanto à inserção profissional, nos projetos de vida em grupo (conviver com as diferenças e a construção da cidadania). Implica, ainda, saberes, experiências, crenças, que são utilizadas nas relações sociais, trazendo as possibilidades de transformação, troca e superação. Significa a construção de conhecimentos relativos a diferentes contextos: sociais, culturais, educacionais, profissionais. Desfaz-se a ideia do formar-se como algo pronto, que se completa e/ou finaliza, assumindo-se uma compreensão de formação como processo permanente, com momentos provisórios de terminalidade, e de que sempre são geradas novas oportunidades de desenvolvimento (BATISTA; ROSSIT, 2014).

Configura-se como um processo que se movimenta em direções múltiplas, conhecendo a contradição, os conflitos, mas também produzindo as possibilidades de negociação, de atribuição de significados, procurando configurar espaços de aprendizagem que estejam coadunados com as necessidades e demandas do cotidiano da docência em saúde, no contexto do SUS, como uma prática social contextualizada (BATISTA; BATISTA, 2014).

Um importante desafio no processo de transformação dos cursos da área da saúde refere-se à incorporação da concepção ampliada de saúde com ênfase na integralidade e no cuidado no processo de formação profissional, bem como na aprendizagem para o trabalho em equipe interprofissional. Propostas de formação que buscam, em diferentes níveis, articular ensino-serviço-comunidade, formação-controle social, ensino-realidade, ensino pesquisa-extensão têm sido produzidas. Essas propostas trazem expectativas de gerar impactos no modo de concretizar as propostas formativas em saúde, alterando as “rotas” do ensino e da aprendizagem tradicionais, centradas nos conteúdos biológicos e na intervenção curativa. Dessa forma emerge a discussão do aprender como um processo que integra cognição-afeto-cultura e possibilitando o desenvolvimento de uma competência profissional vinculada a uma prática de integralidade na assistência ao indivíduo e à comunidade (UFRGS/MS, 2015).

Propostas curriculares na formação do profissional de saúde que sinalizem novos lugares para professor, aluno e conhecimento, apontando para relações de proximidade e troca com o cotidiano dos serviços numa perspectiva do trabalho como algo que transcende os fazeres individualizados de cada profissão, têm sido assumidas como potencialmente importantes para a construção de caminhos formativos que lidem com as ciências como elaborações humanas historicamente condicionadas (UFRGS/MS, 2015).

Para as escolas de formação em saúde, o desafio colocado é o de ampliação do papel formador, re-significando-o, para atender as necessidades sociais das pessoas e da sociedade. Nesse sentido, uma aliança entre trabalho e formação, que reconheça que tanto os processos

de formação como os de trabalho produzem conhecimento técnico-políticos, deve balizar o compromisso social das instituições formadoras e uma nova participação do SUS na formação dos profissionais de saúde.

Acerca da formação de profissionais de saúde nas escolas do Brasil, a inserção e a tentativa de unificação dos conteúdos sobre segurança do paciente é uma proposição recente como parte dos objetivos escolares. Dessa forma, considerando a Portaria nº 529, de 01/04/2013, tem-se observado a necessidade de uma revisão dos Projetos Pedagógicos, em que se contemple uma abordagem interdisciplinar, bem como transdisciplinar, uma vez que há mudanças contínuas na sociedade contemporânea, e a universidade deve estar à frente dessas discussões. O ensino em segurança do paciente é uma nova ciência, e as escolas devem ser céleres nas modificações de seus Projetos Pedagógicos, de maneira que, ao unificarem ou, pelo menos, procurarem adequar os conteúdos entre os cursos ministrados, estarão contribuindo para uma formação mais sólida do estudante no que diz respeito ao tema segurança do paciente (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016).

Um aspecto importante é que nessa área os futuros profissionais são preparados para acertar, pois partem da premissa de que o trabalho desenvolvido será livre de erros, incorporando a noção de que errar é algo inaceitável. Os profissionais da saúde ainda são pouco instrumentalizados na sua formação para lidar com os erros, principalmente, porque esses são associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha e limitado conhecimento científico. Além disso, há o medo de punições jurídicas, éticas e sociais que caracterizam o profissional não preparado para o cuidado seguro. Portanto, faz-se necessário problematizar e discutir a segurança do paciente na formação profissional em saúde, sendo indispensável instrumentalizar os futuros profissionais para a prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança do paciente (WHO, 2008; WEGNER *et al.*, 2016). Wegner *et al.* (2016) identifica a inserção da segurança do paciente, como tema transversal na formação de profissionais da saúde, como estratégia para a construção da cultura da segurança do paciente.

O Instituto Canadense de Segurança do Paciente, a fim de inserir os conteúdos de segurança do paciente na formação de profissionais de saúde, publicou, em 2008, o estudo *The Safety Competencies- enhancing patient safety across de health professions*, o qual fornece uma estrutura interprofissional e prática, com vistas a segurança do paciente, identificando conhecimentos, habilidades e atitudes exigidas por todos os profissionais de saúde. As competências de segurança descritas contemplam seis domínios:

Domínio 1 - Contribuir para uma cultura de segurança do paciente: Compromisso de aplicar conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para a segurança do paciente no trabalho cotidiano;

Domínio 2 - Trabalhar em Equipes para Segurança do Paciente: Trabalhar em equipes interprofissionais para otimizar a segurança do paciente e a qualidade do atendimento.

Domínio 3 - Comunicar eficazmente para a segurança do paciente: Promovendo a segurança do paciente através de uma comunicação eficaz em saúde;

Domínio 4 - Gerenciar riscos de segurança: Antecipando, reconhecendo e gerenciando situações que colocam os pacientes em risco;

Domínio 5 - Otimizar Fatores Humanos e Ambientais: Gerenciando a relação entre as características individuais e ambientais, a fim de otimizar a segurança do paciente;

Domínio 6 - Reconhecer, Responder e Revelar Eventos Adversos: Reconhecer a ocorrência de um evento adverso e responder eficazmente para mitigar os danos ao paciente, garantir a divulgação e prevenir a recorrência (FRANK; BRIEN, 2008).

No Brasil, a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN para a área da saúde, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) em 2001, foi um avanço no que se refere às necessidades de saúde da sociedade brasileira. No ensino superior, as DCN para os cursos de graduação apontam para a necessidade de currículos integrados e, de modo geral, orientam para a formação de profissionais com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, e têm como base um conjunto de áreas de competências que articuladas produzem os resultados esperados. Em relação à organização curricular, as DCN, de modo coerente com a Lei de Diretrizes e Bases – LDB (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996) apontam estratégias que potencializam a construção de um currículo integrado, e a indicação de que o projeto político pedagógico seja construído coletivamente, a interdisciplinaridade conforme o processo ensino-aprendizagem, que haja valorização das dimensões éticas e humanísticas, que a inserção de professores e estudantes nos serviços existentes nas respectivas localidades fortaleça a parceria ensino-serviço, que haja diversificação de cenários, que a gestão desenvolva um sistema de corresponsabilização, de avaliação e acompanhamento livre de medos, e que a seleção dos conteúdos seja orientada às necessidades sociais (SILVA *et al.*, 2008).

Como desdobramentos da definição das diretrizes curriculares para graduação, o Estado vem instituindo ações e programas de indução voltados ao apoio de iniciativas inovadoras na formação superior de profissionais. Nesse sentido, em dezembro de 2017, novos princípios foram incorporados às DCN de todos os cursos de graduação na área da saúde, os quais deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. Para tanto a graduação da área da saúde deve partir de pressupostos, princípios e diretrizes, tais quais: a defesa da vida e defesa do SUS; o atendimento às necessidades sociais em saúde; a integração ensino-serviço-gestão-comunidade; a integração ensino-serviço-gestão-comunidade; o trabalho interprofissional; a utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa; a educação e comunicação em saúde; as pesquisas e tecnologias diversificadas em saúde; dentre outros (BRASIL, 2018).

Um grande avanço observado nas proposições da Resolução nº 569/2017 é a inserção do tema Segurança do Paciente. A referida resolução considera que os futuros profissionais da área de saúde devam estar preparados a reconhecer e intervir positivamente nos riscos existentes na prestação de serviços de saúde, considerando que sua ação é fator importante na prevenção de agravos relacionados ao cuidado em saúde. Para tanto o Parecer Técnico nº 300/2017, na perspectiva do controle/participação social em saúde, propõe, entre outras atribuições:

III - qualidade e segurança na atenção à saúde, pautando o pensamento crítico que conduz o seu fazer nas melhores evidências científicas e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes, tendo em perspectiva a proteção responsável e comprometida com a redução de agravos e iatrogenias, em conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2018).

As novas DCN publicadas no Anexo Parecer Técnico nº 300/2017 à Resolução nº 569/2018, considera, ainda, no que diz a segurança do paciente, que a formação na área da saúde requer, entre outros aspectos, a inovação das propostas pedagógicas, incluindo explicitação dos cenários de práticas e dos compromissos com a integralidade, a interprofissionalidade, o gerenciamento dos riscos, a prevenção de erros e a produção de conhecimentos socialmente relevantes. Com vistas ao alcance das competências profissionais almejadas, recomenda-se a utilização de metodologias participativas capazes de proporcionar espaços de diálogo e reflexão sobre temas diversos e promover a criticidade de todos os envolvidos nesse processo, possibilitando também que os profissionais da saúde desenvolvam habilidades e atitudes para uma atuação mais segura e proponham medidas para reduzir os riscos e eventos adversos, tendo em vista as interfaces críticas existentes no sistema .

A formação dos profissionais de saúde, no que tange aos conteúdos da segurança do paciente, é de extrema importância. Apesar de nos últimos anos ter havido algumas melhorias, ainda é necessário reforçar essas temáticas, quer na formação inicial, quer na formação pós-graduada. O maior desafio para a formação dos profissionais de saúde no que diz respeito à segurança do paciente, é a defasagem que existe entre os programas atuais das graduações e as necessidades dos profissionais de saúde que prestam cuidados. O conhecimento biomédico evoluiu muito nos últimos anos e, paralelamente o desenvolvimento tecnológico e a velocidade que a inovação ocorre na área da saúde faz que a necessidade de formação permanente seja muito evidente. Acredita-se ser fundamental a aposta em mestrados e doutorados na área para aumentar a massa crítica, além da criação de grupos de trabalho com dimensão e conhecimentos diferenciados (ROSA, 2018).

Para os avanços esperados, é primordial investir na formação e desenvolvimento dos profissionais, considerados como agentes das mudanças necessárias. Na construção de habilidades e atitudes, as ações educativas devem ser compreendidas, para além do sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos, mas como um processo de formação de sujeitos críticos e reflexivos, de transformação da realidade e de criação de novas formas de gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2018).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento da pesquisa

Considerando o tema “Cultura da Segurança do Paciente” e os objetivos propostos, optou-se por uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa desenvolvida por meio de estudo de caso.

Segundo Gil (2002) a pesquisa exploratória tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, proporcionando maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses.

O estudo de caso, segundo Lüdke e André (1986, p.17), é um método da abordagem qualitativa de pesquisa porque encerra alguns aspectos essenciais: o caso escolhido para investigação é uma unidade; os contornos e os limites do caso são mais claramente definidos ao longo do estudo; o caso é uma unidade dentro de um sistema amplo, mas o seu foco de interesse dirige-se para aquilo que ele tem de particular, de único; e o caso é útil para investigar questões singulares que têm um valor em si mesmas.

Uma das características mais significativas da pesquisa descritiva está na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, tais como o questionário ou a observação sistemática, uma vez que tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relação entre variáveis (GIL, 2002).

De acordo com Minayo, Deslandes e Gomes (2010) e Minayo e Sanches (1993), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza. Trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões e adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e por partilha com seus semelhantes.

No que diz respeito à pesquisa quantitativa, Minayo e Sanches (1993) comentam que o referido método tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis.

Nesse sentido, o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não apresenta oposição, mas complementaridade, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo dicotomias (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010).

4.2 Cenário da Pesquisa

Constituiu-se como cenário desta pesquisa uma instituição hospitalar de grande porte no município de São Paulo, inaugurada em 1961, mantida pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) e vinculada à Secretaria de Gestão de Planejamento do Governo do Estado de São Paulo.

O hospital tem como missão melhorar a qualidade de vida dos contribuintes e beneficiários por meio da promoção, prevenção e reabilitação da saúde, com apoio contínuo ao ensino e pesquisa. Tem como visão, cuidar da saúde dos contribuintes, seus dependentes e agregados e tornar-se referência na atenção à Saúde. Tem como princípios e valores a ética, a transparência, a responsabilidade, o foco no usuário, a equidade e a resolubilidade.

Atualmente o hospital tem a seguinte estrutura: Comissões, Núcleo de Gestão de Risco e Qualidade, Núcleo de Internação, Serviço de Assistência Domiciliar, Gestão Técnica Hospitalar, Gerência de Suprimentos, Gerência Ambulatorial, Gerência de Urgência e Emergência, Gerência Clínica composta por 21 especialidades, Gerência Cirúrgica composta por 17 especialidades, Gerência de Enfermagem, Gerência de Apoio Terapêutico composta por 11 serviços, Gerência de Apoio Administrativo e Gerência de Atenção ao Idoso (IAMSPE, 2017). Possui atualmente 766 leitos ativos e aproximadamente 5.000 profissionais.

O Núcleo de Gestão de Risco e Qualidade, institucionalmente designado como Assessoria de Segurança e Risco ao Paciente, foi instituído em agosto de 2015 por meio de Ordem de Serviço e está estruturada em três núcleos: o Núcleo de Segurança do Paciente, o Núcleo de Segurança Ambiental e o Núcleo de Vigilância Pós. Tem como finalidade gerir os riscos e incidentes e promover planos e estratégias de segurança do paciente para a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, à tecnologias em saúde e à segurança ambiental. Sua atuação se dá em paralelo e de maneira integrada com as áreas funcionais da estrutura organizacional do hospital (IAMSPE, 2015).

O Núcleo de Segurança do Paciente é um grupo permanente criado para análise de problemas e oportunidades de melhorias, que visa a integração de informações e esforços dos setores para o alcance das melhores condições de segurança no hospital. O Núcleo de Segurança Ambiental coordena o desenvolvimento, a implementação e a normatização de

ações para a qualidade ambiental no HSPE, com foco em gerenciamento de resíduos, saúde do colaborador e infraestrutura. O Núcleo de Vigilância Pós, por sua vez, coordena o desenvolvimento e a implementação de ações para a segurança de materiais, medicamentos, hemocomponentes e equipamentos no HSPE, notifica as irregularidades e eventos sentinela à ANVISA e acompanha os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias (IAMSPE, 2015a).

Considerando este cenário, vale destacar que o hospital é integrante da Rede de Hospitais Sentinelas, uma rede de parceiros que subsidia o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, formada por serviços de saúde (hospitais, hemocentros e serviços de apoio diagnóstico e terapia), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e por órgãos estaduais e municipais da Vigilância Sanitária, e que tem o Núcleo de Vigilância Pós como responsável por suas atividades. Os critérios de seleção para a composição da rede privilegiaram a escolha de hospitais de grande e médio porte, que realizam ampla gama de procedimentos com a participação de tecnologias médicas variadas e complexas e que desenvolvem programas de residência médica, motivo pelo qual o HSPE foi selecionado. O objetivo da Rede Sentinela é construir uma rede de serviços em todo o país preparada para notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde à ANVISA, ampliando e sistematizando a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde por meio de ações de farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e de vigilância de resíduos sólidos de saúde e saneantes.

Outro serviço existente no hospital é a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. A CCIH é o órgão de assessoria da Direção do IAMSPE, com a finalidade de implantar, avaliar e supervisionar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH no HSPE. O PCIH é definido como o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Dentre as atividades desenvolvidas está a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e auditoria de processos através de busca ativa diária nas unidades críticas, e a adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e o controle das infecções hospitalares.

A pesquisa foi realizada em quatro unidades de terapia intensiva: UTI Geral Adulta, Unidade Coronariana, UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

A Tabela 1 apresenta detalhamento do cenário da pesquisa.

Tabela 1 – Característica do Cenário de Pesquisa segundo número de leitos, taxa de ocupação mensal e número de profissionais.

	Número de leitos	Taxa de ocupação mensal no ano de 2016 (%)	Número de profissionais
UTI Geral Adulta	20	97,39	139
Unidade Coronariana	08	89,55	43
UTI Pediátrica	05	54,59	37
UTI Neonatal	18	65,76	34
TOTAL	51	76,82	253

Fonte: Sistema informatizado MV. HSPE, 2016.

Fonte: Escala de Trabalho. HSPE, 2016.

A escolha pelas unidades de terapia intensiva se deu por se tratar de unidades com equipes constituídas por diversos profissionais.

4.3 População e Critério de amostragem

Participaram do estudo 150 profissionais de saúde, de nível superior e técnico, integrantes de equipes multidisciplinares, que atuavam nas unidades de terapia intensiva na função por mais de três meses, o que configura o período de experiência na instituição, que estavam de acordo com a carta convite e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I). Os profissionais foram abordados em seu local de trabalho durante sua jornada de trabalho. Os motivos que levaram 103 profissionais a não participarem da pesquisa foram: não estar disponível no momento para responder a pesquisa devido à alta carga de trabalho, estar de folga, férias e/ou licença médica, e recusa do profissional com medo de punição por parte de sua chefia.

Como critérios de exclusão, não fizeram parte do estudo os profissionais de saúde que atuavam na função em um período inferior a três meses ou que não concordaram com os termos da pesquisa.

Para tanto, optou-se por uma amostra probabilística. A amostra probabilística é essencial nos desenhos de pesquisas transversais, tanto descritivos como correlacionais-causais, em que se pretende realizar estimativas de variáveis na população, e em que todos os

elementos têm a mesma possibilidade de serem escolhidos, dependendo das características da população e do tamanho da amostra (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

A Tabela 2 apresenta a caracterização dos participantes.

Tabela 2 – Características da amostra de participantes em relação à faixa etária, sexo, formação profissional, tempo de formação segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), tempo e setor de atuação (N=150).

Categoria	Característica	N	Porcentagem (%)
	26 a 30 anos	22	14,66
	31 a 35 anos	41	27,33
	36 a 40 anos	33	22
	41 a 45 anos	21	14
	46 a 50 anos	17	11,33
	51 a 55 anos	9	6
	Acima 56 anos	7	4,66
Sexo	Feminino	112	74,66
	Masculino	38	25,33
Profissão	Técnico de Enfermagem	63	42
	Médico	29	19,33
	Enfermeiro	35	23,33
	Fisioterapeuta	18	12
	Nutricionista	4	2,66
	Fonoaudióloga	1	0,66
Tempo de Formação DCN	Antes	71	47,3
	Depois	79	52,7
Pós-Graduação	Especialização	85	56,66
	Mestrado	5	3,33
	Doutorado	4	2,66
Tempo de Atuação no HSPE	3 meses a 2 anos	10	6,66
	3 anos a 5 anos	31	20,66
	6 anos a 10 anos	74	49,33
	11 anos a 15 anos	24	16
	16 anos a 20 anos	7	4,66
	Mais de 21 anos	4	2,66
Setor de Atuação	UTI Adulto	81	54
	UTI Pediátrica	20	13,33
	UTI Neonatal	25	16,66
	Unidade Coronariana	24	16

Fonte: Instrumento de coleta de dados. 2016.

Em relação a variável especialização 56,66% dos profissionais tem especialização, sendo que as mais prevalentes são em Cardiologia, Terapia Intensiva, Pediatria e Neonatologia. Apenas 3% dos profissionais possuem Mestrado e 2% possuem Doutorado.

Para a etapa da entrevista participou uma amostra aleatória de nove profissionais dentre os respondentes da escala atitudinal do tipo Likert. Essa amostra foi composta progressivamente, até que se obteve o critério qualitativo de uma amostra de pesquisa, ou seja, a saturação das informações. Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), a saturação de informações pode ser definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

4.4 Procedimentos Éticos

A pesquisa foi realizada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos previstas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina sob CAAE: 58691116.7.0000.5505 e do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo sob CAAE: 58691116.7.3001.5463. O projeto foi aprovado com Parecer CEP/UNIFESP nº 1110/2016 e Parecer CEP/IAMSPE nº 1.888.547/2017 (Anexo I e Anexo II, respectivamente).

4.5 Material e Instrumentos

Tendo como referência os instrumentos Adaptação transcultural da versão brasileira do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*: etapa inicial (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012) e Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form* 2006 para o Brasil (CARVALHO; CASSIANI, 2012), elaborou-se um instrumento a partir de uma versão adaptada e ampliada, composta por 42 assertivas em Escala tipo Likert de quatro pontos (Concordo plenamente, Inclinado a concordar, Inclinado a discordar e Discordo plenamente) e espaço aberto para analisar a percepção dos profissionais sobre a cultura da segurança do paciente. A primeira parte do

instrumento teve a finalidade de caracterizar a amostra quanto a idade, sexo, profissão, formação, tempo de atuação na instituição e setor de atuação (Apêndice II).

De acordo com Dalmoro e Vieira, 2013,

o trabalho de Likert (1932) deixava claro que sua escala centrava-se na utilização de cinco pontos, e não mencionava o uso de categorias de respostas alternativas na escala a ser utilizada. Embora o uso de escalas com outro número de itens, diferente de cinco, represente uma escala de classificação, quando esta não contiver cinco opções de resposta, não se configura uma escala Likert, mas sim do “tipo Likert” (p.163).

O processo de construção e validação do instrumento incluiu: construção das assertivas, inicialmente, a partir de 03 dimensões; aplicação do instrumento; validação estatística das respostas por meio do coeficiente de correlação linear de Pearson; análise fatorial dos dados; cálculo do Alpha Cronbach para a consistência interna do instrumento. Realizada a análise qualitativa dos fatores a qual apresentou 08 fatores. Os fatores resultaram em 08 dimensões com suas respectivas assertivas. As dimensões foram nomeadas a partir de uma breve análise de conteúdo das assertivas: **Dimensão 1** – Processo de Cuidado, composta por 10 asserções; **Dimensão 2** – Gestão e Segurança do Paciente, composta por 08 asserções; **Dimensão 3** – Atitudes Frente ao Erro, composta por 03 asserções; **Dimensão 4** – Fatores Pessoais que Predisõem ao Erro, composta por 06 asserções; **Dimensão 5** – Gerenciamento de Profissionais, composta por 04 asserções; **Dimensão 6** – Reconhecimento Institucional, composta por 04 asserções; **Dimensão 7** – Erros e suas Consequências, composta por 03 asserções; e **Dimensão 8** – Trabalho em Equipe, composta por 04 asserções. As asserções foram randomizadas para a sua aplicação.

Segundo Minayo (2009), o instrumento “tipo Likert” busca mensurar valores, opiniões e vivências intersubjetivas no campo das Ciências Sociais. Marconi e Lakatos (2010) afirmam que esse tipo de escala é ideal para conhecer atitudes e opiniões qualitativas que permitem a quantificação.

Conforme descrito por Pasquali (1996), Likert sustenta que uma atitude é “uma disposição para a ação”, e o instrumento de medida proposto por ele pretende verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressem algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto investigado.

Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, a opção do Likert foi uma estratégia de aproximação à realidade em estudo.

Um questionário com perguntas abertas foi elaborado a partir da etapa anterior, para consolidar e/ou ampliar o entendimento sobre o objeto de estudo, com vistas a identificar, sob a perspectiva dos profissionais, as potencialidades e as fragilidades acerca da Cultura da Segurança do Paciente na instituição, e quais competências (conhecimento, habilidade e atitude) o profissional de saúde precisa para desenvolver a Cultura da Segurança do Paciente (Apêndice III).

4.6 Procedimentos de coleta de dados

O projeto foi apresentado à Direção do hospital e aos responsáveis de cada Unidade de Terapia Intensiva com a finalidade da obtenção da carta de anuência institucional (Anexo III).

A fim de conhecer quais e como as estratégias para desenvolver a cultura da segurança do paciente são implementadas na instituição hospitalar, foi realizada uma busca de informações sobre segurança do paciente em documentos institucionais, como protocolos, normas e rotinas, manuais e instruções de trabalho, estabelecidos nas unidades pesquisadas. Entende-se por documento a representação do material escrito.

Uma carta convite foi enviada aos profissionais e os que aceitaram participar do estudo assinaram duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os profissionais foram abordados no local de trabalho, durante sua jornada de trabalho, em momentos que estavam disponíveis para poder participar do estudo. Os dados foram coletados por meio da aplicação do instrumento em meio físico (em papel), composto de assertivas em Escala tipo Likert e espaço aberto para outras considerações. Antes de aplicar o instrumento, foi explicado a cada profissional os objetivos deste estudo, como responder o instrumento e o tempo aproximado de 15 minutos para o preenchimento. A coleta de dados foi conduzida de fevereiro a abril de 2017.

A partir dos resultados provenientes da escala atitudinal do tipo Likert, foi realizada a entrevista direcionada com uma amostra aleatória dos respondentes do questionário, totalizando nove participantes. O questionário foi realizado por meio da aplicação do instrumento em meio físico (em papel), composto de questões e espaço aberto para outras considerações, e foi conduzida em outubro de 2017.

4.7 Procedimentos de análise de dados

Para análise das estratégias institucionais para desenvolver a cultura da segurança do paciente foi realizada a análise documental de protocolos, normas e rotinas institucionais.

Na análise de um documento deve-se levar em consideração a natureza do texto, ou seu suporte, antes de tirar conclusões. Esta etapa propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos. O investigador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível, fazer inferências (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

As informações do instrumento Likert foram inseridas em uma planilha do EXCEL* para a organização do banco de dados, que foi analisado estatisticamente.

Para a caracterização da amostra foi analisada a distribuição das variáveis: idade, sexo, graduação, tempo de formação segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN, especialização, Mestrado e Doutorado, tempo de atuação na instituição e setor de atuação.

Calculou-se a correlação entre cada par de respostas, análise fatorial dos dados, usando o método de componentes principais, na intenção de reduzir a dimensionalidade dos dados e a verificação da consistência interna do conteúdo das assertivas.

Para cada ponto das assertivas da Escala tipo Likert foi atribuído um valor, em escala numérica de intervalo constante, sendo o valor 4 para Concordo Plenamente, 3 para Inclinado a Concordar, 2 para Inclinado a Discordar e 1 para Discordo Plenamente. Para as assertivas A3, A11, A20, A26, A28, A30, A32, A33, A34, A35, A36, A39 as pontuações foram invertidas, sendo valor 1 para Concordo Plenamente, 2 para Inclinado a Concordar, 3 para Inclinado a Discordar e 4 para Discordo Plenamente. A escala numérica dependeu do fato da asserção ser favorável ou desfavorável, ou seja, as pontuações invertidas sugerem que é favorável que o participante discorde totalmente com a asserção.

Para a interpretação das percepções foi calculado a média da pontuação para cada assertiva e posteriormente a análise por dimensão. A pontuação com as médias das respostas foi dividida em três zonas e classificadas como: de 1 a 1,99 pontos – zona de perigo, ou seja, a percepção do objeto é negativa, sendo necessária uma intervenção em curto prazo, em caráter de urgência; de 2 a 2,99 – zona de alerta, ou seja, a percepção do objeto pesquisado demanda mudanças sem caráter de urgência; de 3 a 4,0 pontos – zona de conforto, ou seja, a percepção do objeto é positiva, denotando êxito naquilo que estava sendo pesquisado (FERREIRA; BATISTA; BATISTA, 2013; PEREGO; BATISTA, 2016).

Os textos redigidos no espaço aberto do instrumento foram analisados utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática, uma importante ferramenta na condução da análise dos dados qualitativos. A análise de conteúdo configura-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento (CAMPOS, 2004). Franco (2012) ressalta que a análise de conteúdo implica comparações contextuais e que requer que as descobertas tenham relevância teórica. Um dado sobre o conteúdo de uma mensagem deve, necessariamente, estar relacionado, no mínimo a outro dado, pois uma informação puramente descritiva não relacionada a outros atributos ou às características do emissor é de pequeno valor.

A condução da análise dos dados abrangeu as seguintes etapas: leitura dos textos e verificação da pertinência com o estudo proposto; recortes do texto em unidades de registro (frases) e agrupamento das informações em núcleos temáticos; inferência e interpretação dos resultados sob a perspectiva das questões de pesquisa, do referencial teórico e das oito dimensões e suas respectivas assertivas.

O questionário também foi analisado à luz da Análise de Conteúdo e também seguiu as etapas descritas acima: leitura dos textos, recortes do texto em unidades de registro e interpretação dos resultados. Para a caracterização da amostra foi analisada a distribuição das variáveis idade, sexo, profissão, tempo de formação segundo as DCN e o setor de atuação. Para a análise das potencialidades e fragilidades foi definido quatro categorias: Estrutura; Capacitação e Desenvolvimento Profissional; Fomento da Cultura da Segurança; e Atuação Profissional. A definição das categorias se deu por meio da análise de conteúdo sustentada pela literatura.

Os resultados quantitativos estão apresentados em tabelas e gráficos e os resultados qualitativos estão agrupados de acordo com a dimensão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Mapeamento dos Protocolos da Instituição

Realizada a análise documental dos protocolos institucionais adotados nas unidades de terapia intensiva a fim de levantar as estratégias implementadas pelo hospital para a segurança do paciente. Para o gerenciamento estratégico da Segurança do Paciente a diretoria do hospital estabelece objetivos e diretrizes vinculados à estratégia do IAMSPE, as quais são implementadas por meio da Assessoria de Segurança e Risco ao Paciente.

Os diferentes serviços do hospital têm como atribuição zelar pela implementação da política estabelecida pela Assessoria de Segurança e Risco ao Paciente, bem como conduzir programas e orientar ações relacionadas com a segurança do paciente e a gestão de riscos (IAMSPE, 2015). O hospital, enquanto integrante da Rede de Hospitais Sentinelas, por meio da Assessoria de Segurança e Risco ao Paciente, mais especificamente do Núcleo de Segurança do Paciente e do Núcleo de Vigilância Pós, disponibiliza para todos os profissionais um canal para notificação de eventos relacionados a queda e a lesão por pressão, e notificação da suspeita de um evento adverso envolvendo produtos de uso hospitalar ou quando um produto apresente problemas aparentes de perda da qualidade. Para isso, a instituição adota instrumentos em meio físico, os quais o profissional que identificou a ocorrência do evento deve preencher e encaminhar ao Núcleo de Segurança do Paciente e Núcleo de Vigilância Pós, respectivamente. É importante considerar que os sistemas de notificação de incidentes tem um papel fundamental na segurança do paciente porque permitem o aprendizado a partir das falhas que foram identificadas e que, geralmente, são provocadas por fragilidades existentes nos sistemas (BRASIL, 2017a). Contudo, observou-se que, a partir dessa notificação, nenhuma ação é adotada por parte da instituição no que diz à análise da causa raiz do evento e proposição de ações de melhorias.

Vale ressaltar que, quando algum alerta sanitário é divulgado pelas autoridades sanitárias, o Núcleo de Vigilância Pós comunica, via e-mail, às interfaces interessadas, como Gerência de Suprimentos, o Grupo Executivo de Controle de Infecção Hospitalar, as diretorias assistenciais médicas e de enfermagem e a diretoria da farmácia. A justificativa para a vigilância de produtos para saúde é que a incorporação crescente de tecnologias nos hospitais exige cada vez mais a utilização intensiva destes produtos, e o completo gerenciamento desde a seleção, aquisição, uso, manutenção e descarte, é fator crucial de qualidade e segurança para pacientes. Essas ações vão ao encontro da publicação da

Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

No que diz aos protocolos institucionais relacionados a segurança do paciente o hospital tem instituído alguns Procedimentos Operacionais Padrão - POP, os quais foram desenvolvidos pela Gerência de Enfermagem, e que estão disponíveis na intranet da instituição. Vale ressaltar que foi considerado, para o desenvolvimento dessa pesquisa, os protocolos institucionais oficialmente publicados em Ordem de Serviço e/ou na intranet e que estão sistematicamente estabelecidos nas unidades estudadas, ou seja, nas unidades de terapia intensiva. Não foram consideradas as rotinas institucionais que, apesar de estarem aplicadas na prática diária, não estão oficialmente publicadas.

Quadro 1 – Procedimentos Operacionais Padrão para a Segurança do Paciente.

Título	Objetivo
Prevenção de Queda do Paciente Adulto Internado (HSPE,2016a)	Reduzir a ocorrência de queda de pacientes hospitalizados e os danos dela decorrente, por meio da avaliação de risco do paciente e da adoção de medidas preventivas.
Condutas de Enfermagem na Ocorrência de Queda do Paciente Adulto Internado (HSPE,2016b)	Reduzir os danos no paciente adulto internado decorrentes de queda e notificar a ocorrência do evento.
Identificação do Paciente a Beira Leito (HSPE,2016c)	Garantir a correta identificação do paciente e dos riscos assistenciais associados a beira leito a fim de prevenir a ocorrência de incidentes.
Identificação do Paciente Adulto e Pediátrico (HSPE,2016d)	Garantir a correta identificação do paciente através do uso de pulseiras, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.
Protocolo de Enfermagem Prevenção da Úlcera por Pressão (IAMSPE,2015b)	Identificar os usuários do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – IAMSPE internados no HSPE ou em acompanhamento domiciliar, com risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão e instituir uma padronização das intervenções preventivas.

Fonte: Intranet IAMSPE. 2016.

Todo paciente internado na instituição é avaliado pela equipe de enfermagem quanto aos riscos de queda, de lesão por pressão e de alergia. Aqueles com riscos identificados são sinalizados através de etiquetas coloridas de acordo com as cores padronizadas pelo POP de Identificação do Paciente a Beira Leito.

Todas as ações mencionadas acima visam atender a Portaria MS/GM nº 529/2013 que estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, devem ser elaborados e implantados: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais. Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da ANVISA (BRASIL, 2013d, p.19). Contudo, é importante considerar que, oficialmente, a instituição não possui todos os protocolos básicos estabelecidos pela legislação.

Acredita-se que assegurar e garantir protocolos de trabalho, mediados pela qualidade e isenção de riscos à saúde do usuário e do trabalhador, são elementos indissociáveis das instituições de saúde, que buscam a excelência de seus serviços (QUADRADO; TRONCHIN, 2012).

5.2 Validação do instrumento

5.2.1 Análise Estatística da Escala Tipo Likert

O estudo contou com a participação de 150 profissionais. A distribuição das frequências em função das variáveis analisadas já foram apresentadas na Tabela 2. Do total de 150 participantes, 68 registraram comentários no espaço aberto do instrumento.

A seguir, apresentam-se os elementos da análise estatística dos dados da pesquisa. Inicialmente, apresentam-se as frequências de cada resposta obtida nas 42 assertivas do instrumento. Calculou-se a correlação entre cada par de respostas e os valores encontrados indicam que há baixa relação entre as respostas dadas pelos indivíduos do estudo.

Tabela 3 – Distribuição das respostas dadas em cada questão (porcentagens).

Assertiva	Discordo plenamente (%)	Inclinado a discordar (%)	Inclinado a concordar (%)	Concordo plenamente (%)
A1	31,3	26,0	25,3	17,3
A2	5,3	17,3	35,3	42,0
A3	36,7	40,7	10,7	12,0
A4	24,0	32,7	29,3	14,0
A5	17,3	29,3	38,7	14,7
A6	3,3	9,3	32,0	55,3
A7	12,0	32,0	30,7	25,3
A8	12,7	18,7	36,7	32,0
A9	16,8	26,2	37,6	19,5
A10	8,7	26,0	32,7	32,7
A11	26,0	30,0	27,3	16,7
A12	18,7	23,3	38,0	20,0
A13	21,6	33,8	29,1	15,5
A14	3,3	11,3	27,3	58,0
A15	36,0	32,0	23,3	8,7
A16	0,7	6,7	14,0	78,7
A17	27,3	21,3	25,3	26,0
A18	6,7	15,3	37,3	40,7
A19	6,7	22,7	41,3	29,3
A20	45,3	36,7	8,7	9,3
A21	21,3	32,7	28,7	17,3
A22	16,8	22,8	38,3	22,1
A23	2,7	12,0	40,0	45,3
A24	9,3	21,3	35,3	34,0
A25	8,0	29,3	44,7	18,0
A26	54,0	30,0	10,7	5,3
A27	21,3	35,3	34,0	9,3
A28	35,1	36,5	18,2	10,1
A29	16,1	26,8	30,2	26,8
A30	36,2	38,9	14,8	10,1
A31	24,3	27,7	31,1	16,9
A32	21,5	40,3	24,8	13,4
A33	24,2	29,5	26,8	19,5
A34	21,8	34,0	27,2	17,0
A35	32,2	37,6	18,8	11,4
A36	40,5	38,5	14,9	6,1
A37	16,2	17,6	33,1	33,1
A38	4,7	18,8	48,3	28,2
A39	20,9	31,1	27,0	20,9
A40	20,9	37,8	34,5	6,8
A41	12,1	23,5	31,5	32,9
A42	4,7	11,4	30,2	53,7

Fonte: Instrumento de coleta de dados. 2017.

5.2.2 Análise multivariada

Do ponto de vista multivariado, foi feita uma análise fatorial dos dados, usando o método de componentes principais, na intenção de reduzir a dimensionalidade dos dados. Os detalhes da análise apresentou dez fatores as quais estão apresentadas nas tabelas 5 e 6.

Tabela 4 – Cargas fatoriais obtidas.

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8	Fator 9	Fator 10
A1	-0,83	0,09	0,22	0,01	0,07	0,20	-0,13	0,03	-0,08	0,07
A2	0,28	0,06	-0,03	0,10	0,10	0,01	0,16	-0,12	0,16	0,05
A3	0,40	-0,07	-0,10	0,01	-0,25	0,19	0,11	0,15	0,11	-0,10
A4	0,25	0,41	0,10	0,08	-0,16	0,04	0,01	-0,01	0,04	0,24
A5	0,25	0,23	0,29	-0,01	-0,07	0,01	-0,04	-0,18	0,32	0,07
A6	0,59	-0,13	0,15	-0,03	0,00	0,18	-0,22	-0,11	0,04	0,25
A7	0,28	0,33	-0,16	0,00	0,28	0,01	0,06	-0,05	0,02	0,03
A8	0,45	0,10	0,02	0,15	-0,18	0,04	0,21	0,10	-0,29	0,07
A9	0,09	0,03	-0,09	0,04	0,14	-0,06	0,70	-0,07	0,11	0,00
A10	0,36	0,09	0,21	-0,03	-0,16	0,10	0,28	-0,05	-0,08	-0,13
A11	1,06	-0,11	-0,38	-0,01	-0,05	-0,02	-0,07	0,10	0,09	0,10
A12	0,40	-0,06	0,62	-0,03	-0,01	-0,11	-0,02	0,01	0,09	0,02
A13	0,12	0,39	0,33	-0,01	-0,05	0,00	-0,02	-0,09	-0,08	-0,11
A14	-0,38	-0,17	1,10	0,03	-0,11	-0,01	0,02	0,05	0,04	0,05
A15	-0,11	0,24	0,15	-0,08	0,00	-0,04	0,61	0,14	0,05	0,02
A16	0,09	-0,02	0,11	0,11	0,03	0,04	-0,02	0,08	0,08	0,64
A17	-0,24	-0,24	0,11	0,12	0,55	0,17	0,19	0,06	-0,14	0,20
A18	0,26	-0,03	0,07	-0,22	0,12	-0,02	0,09	-0,05	0,42	0,16
A19	0,14	0,03	0,17	0,05	0,10	0,08	0,46	-0,18	0,12	-0,09
A20	0,03	0,15	-0,04	0,97	0,08	-0,15	0,01	-0,13	-0,16	0,16
A21	-0,01	0,82	-0,13	0,08	-0,04	0,04	0,01	0,21	-0,19	0,06
A22	0,23	0,22	0,02	0,02	0,14	0,02	-0,02	0,13	0,01	-0,15
A23	0,27	0,17	-0,07	-0,04	0,28	0,00	0,00	0,15	0,07	0,33
A24	-0,16	0,07	-0,19	0,01	1,00	-0,18	0,06	-0,09	0,23	0,00
A25	0,19	-0,17	0,17	-0,09	0,21	-0,03	0,17	0,10	0,51	0,01
A26	-0,02	0,07	0,05	0,90	-0,02	-0,11	0,03	-0,01	-0,11	-0,02
A27	-0,30	0,73	0,02	0,04	-0,02	0,14	0,21	0,17	0,01	0,08
A28	0,08	-0,56	-0,03	0,01	0,13	0,04	0,06	0,18	-0,09	-0,08
A29	0,16	0,06	0,47	-0,09	0,14	0,04	-0,04	0,11	-0,31	-0,09
A30	0,08	-0,08	-0,02	0,42	0,00	0,17	-0,01	0,01	0,16	0,06
A31	0,15	0,60	-0,12	0,00	0,18	-0,01	-0,14	-0,03	-0,20	-0,03
A32	0,29	-0,09	0,13	0,05	0,00	-0,09	-0,18	0,20	0,13	0,00
A33	-0,02	-0,16	0,04	0,57	-0,05	0,13	-0,10	0,07	0,08	-0,09
A34	0,06	0,16	0,19	0,02	0,26	-0,04	-0,17	0,38	0,11	-0,10
A35	0,06	0,22	0,08	-0,09	-0,10	-0,08	0,00	0,88	-0,08	0,08
A36	0,14	0,18	-0,11	-0,04	-0,07	0,08	0,07	0,39	0,18	0,09
A37	-0,17	0,09	-0,12	-0,15	-0,15	1,22	-0,03	-0,08	-0,04	0,05
A38	0,18	-0,01	0,14	-0,07	0,23	0,16	0,09	-0,07	0,03	-0,04
A39	0,00	0,19	0,19	0,12	0,17	0,22	-0,10	-0,08	0,22	-0,13
A40	-0,22	0,98	-0,19	0,02	0,05	-0,01	0,14	0,10	0,19	-0,14
A41	0,75	0,08	0,12	0,07	-0,15	-0,12	0,07	0,03	-0,08	-0,04
A42	-0,19	-0,03	0,79	0,00	-0,13	-0,18	0,09	0,07	0,17	0,14

Fonte: Instrumento de coleta de dados. 2017.

Tabela 5 – Questões que mais contribuíram com cada fator obtido.

Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8	Fator 9	Fator 10
A1	A4	A12	A20	A17	A37	A9	A34	A5	A16
A2	A7	A29	A26	A24		A10	A35	A18	A23
A3	A13	A42	A30	A38		A15	A36	A25	
A6	A21		A33			A19		A39	
A8	A27								
A11	A28								
A14	A31								
A22	A40								
A32									
A41									

Fonte: Elaborada pela autora.

Para verificar a consistência interna do instrumento em Escala tipo Likert foi calculado o coeficiente de alpha de Cronbach, sem excluir nenhuma assertiva. Considerou-se consistente a assertiva com resultado entre 0,5 e 1. O resultado está apresentado na tabela 6.

Tabela 6 – Resultado da consistência interna do instrumento segundo o coeficiente alpha de Cronbach.

Fator	Alfa	Intervalo de confiança	
1	0,58	0,49	0,68
2	0,66	0,58	0,73
3	0,66	0,57	0,75
4	0,78	0,72	0,84
5	0,60	0,49	0,70
6	0,55	0,41	0,70
7	0,79	0,73	0,84
8	0,68	0,60	0,77
9	0,61	0,51	0,71
10	0,66	0,56	0,77

Fonte: Elaborada pela autora.

Realizada uma análise qualitativa dos 10 fatores e suas respectivas asserções e optou-se por reagrupar as asserções A16, A23 e A37. Dessa forma, a estrutura final obtida apresentou oito fatores os quais estão apresentados nas tabelas 7 e 8. A denominação dos fatores se deu por meio da análise de conteúdo das assertivas.

Tabela 7 – Asserções que mais contribuíram com cada fator obtido.

Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8
A1	A4	A12	A16	A17	A9	A34	A5
A2	A7	A29	A20	A24	A10	A35	A18
A3	A13	A42	A23	A37	A15	A36	A25
A6	A21		A26	A38	A19		A39
A8	A27		A30				
A11	A28		A33				
A14	A31						
A22	A40						
A32							
A41							

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 8 – Asserções com maior contribuição a cada fator obtido.

Fator	Itens com maior contribuição
1- PROCESSO DE CUIDADO	A1 Nesta Instituição é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente
	A2 Eu tenho o apoio que necessito dos outros membros da equipe para cuidar dos pacientes
	A3 Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles
	A6 É fácil para os profissionais que atuam nesta unidade fazerem perguntas, quando existe algo que eles não entendem
	A8 Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente
	A11 Nesta Instituição, é difícil discutir sobre erros
	A14 Eu relato ao meu supervisor/ chefe a ocorrência de erro, engano ou falha, quando é percebido e corrigido antes de afetar o paciente
	A22 Nesta Unidade, os pacientes e familiares são envolvidos na Segurança do Paciente
	A32 O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma Unidade para outra
	A41 Nesta Unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente
2- GESTÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE	A4 Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.
	A7 Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui como paciente
	A13 A cultura nesta Instituição torna fácil aprender com os erros dos outros
	A21 As ações da direção do hospital demonstram que a Segurança do Paciente é a principal prioridade

Cont... Tabela 8. Asserções com maior contribuição a cada fator obtido

Fator	Itens com maior contribuição
2- GESTÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE	A27 A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a Segurança do Paciente
	A28 Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas relacionados à assistência ao paciente, sejam registrados em suas fichas funcionais
	A31 O hospital promove processos de capacitação de profissionais e equipes de saúde em Segurança do Paciente
	A40 A direção do hospital proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da Segurança do Paciente
3- ATITUDES FRENTE AO ERRO	A12 Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas no ambiente de trabalho
	A29 Somos informados sobre os erros que acontecem nesta Unidade
	A42 Eu relato ao meu supervisor/ chefe a ocorrência de erro, engano ou falha que poderia causar dano ao paciente, mas não causou
4- FATORES PESSOAIS QUE PREDISPÕEM AO ERRO	A16 Eu gosto do meu trabalho
	A20 Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado
	A23 Este é um bom lugar para trabalhar
	A26 Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado
	A30 Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas e hostis
	A33 O cansaço prejudica meu desempenho nas situações de emergência (ex: parada cardiorrespiratória, convulsões)
5- GERENCIAMENTO DOS PROFISSIONAIS	A17 Nesta Unidade o número de profissionais é suficiente para dar conta da carga de trabalho
	A24 Nesta Unidade a qualificação dos profissionais é suficiente para prestar o cuidado para o número de pacientes
	A37 Nesta Unidade, os estagiários são adequadamente supervisionados
	A38 Os profissionais envolvidos no cuidado assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares
6-RECONHECIMENTO INSTITUCIONAL	A9 Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho
	A10 Sou encorajado(a) pelos meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente
	A15 A direção do hospital apoia meus esforços diários
	A19 O meu supervisor/chefe leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da Segurança do Paciente
7- ERROS E SUAS CONSEQUÊNCIAS	A34 Falhas na comunicação que levam a atrasos, enganos ou falhas no atendimento são comuns
	A35 A direção do hospital só parece interessada na Segurança do Paciente quando ocorre algum evento adverso
	A36 Quando um evento adverso é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema
8- TRABALHO EM EQUIPE	A5 Nesta Instituição, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)
	A18 Eu vivencio boa colaboração com outras categorias profissionais, no trabalho em equipe
	A25 Nesta instituição, as pessoas apoiam umas as outras
	A39 É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno

Fonte: Elaborada pela autora.

5.2.3 Análise inferencial

Para comparar o tempo de formação antes ou após às Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN em relação a cada fator estudado, empregou-se o teste t de *Student* para amostras não relacionadas. Os resultados obtidos encontram-se na tabela 9.

Tabela 9 – Resultado do teste t de *Student* para a comparação do tempo de formação antes ou após as DCN em relação a cada fator estudado.

Fatores	Nível descritivo	Diferença	Intervalo de confiança	
Processo de Cuidado	0,689	-0,30	-1,76	1,17
Gestão e Segurança do Paciente	0,634	0,37	-1,15	1,88
Atitude Frente ao Erro	0,655	0,17	-0,57	0,91
Fatores Pessoais que Predispõem ao Erro	0,871	-0,09	-1,22	1,03
Gerenciamento dos Profissionais	0,665	-0,20	-1,10	0,70
Reconhecimento Institucional	0,897	-0,07	-1,06	0,93
Erros e suas Consequências	0,750	0,12	-0,61	0,85
Trabalho em Equipe	0,516	-0,29	-1,18	0,59

Fonte: Elaborada pela autora.

Havia-se a hipótese de que o tempo de formado (após as DCN) poderia interferir na maior ou menor percepção dos profissionais, contudo os resultados demonstrados não permitem dizer que houve diferença entre quem se formou antes e depois do DCN.

Para estudar o comportamento dos fatores em relação às variáveis Idade, Tempo de atuação e Setor, foi empregado o modelo de análise de variância com um fator fixo e o método de comparações múltiplas de Tukey (Tabela 10). Os resultados apresentados na Tabela 11 permitem afirmar que houve diferença entre os indivíduos da faixa de idade entre 20 a 30 anos e os da faixa acima de 51 anos em relação aos fatores Gestão e Segurança do Paciente e Erro e suas Consequências.

Tabela 10 – Resultado da análise de variância feita para as variáveis idade, tempo de atuação e setor.

Fatores	Idade	Tempo de atuação	Setor
Processo de Cuidado	0,402	0,245	0,252
Gestão e Segurança do Paciente	0,041	0,322	0,547
Atitude Frente ao Erro	0,734	0,147	0,948
Fatores Pessoais que Predisõem ao Erro	0,134	0,665	0,690
Gerenciamento dos Profissionais	0,944	0,139	0,062
Reconhecimento Institucional	0,142	0,229	0,938
Erros e suas Consequências	0,020	0,715	0,265
Trabalho em Equipe	0,627	0,857	0,864

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 11 – Resultados das comparações duas a duas das Idades em relação aos fatores Gestão e Segurança do Paciente e Erros e suas Consequências.

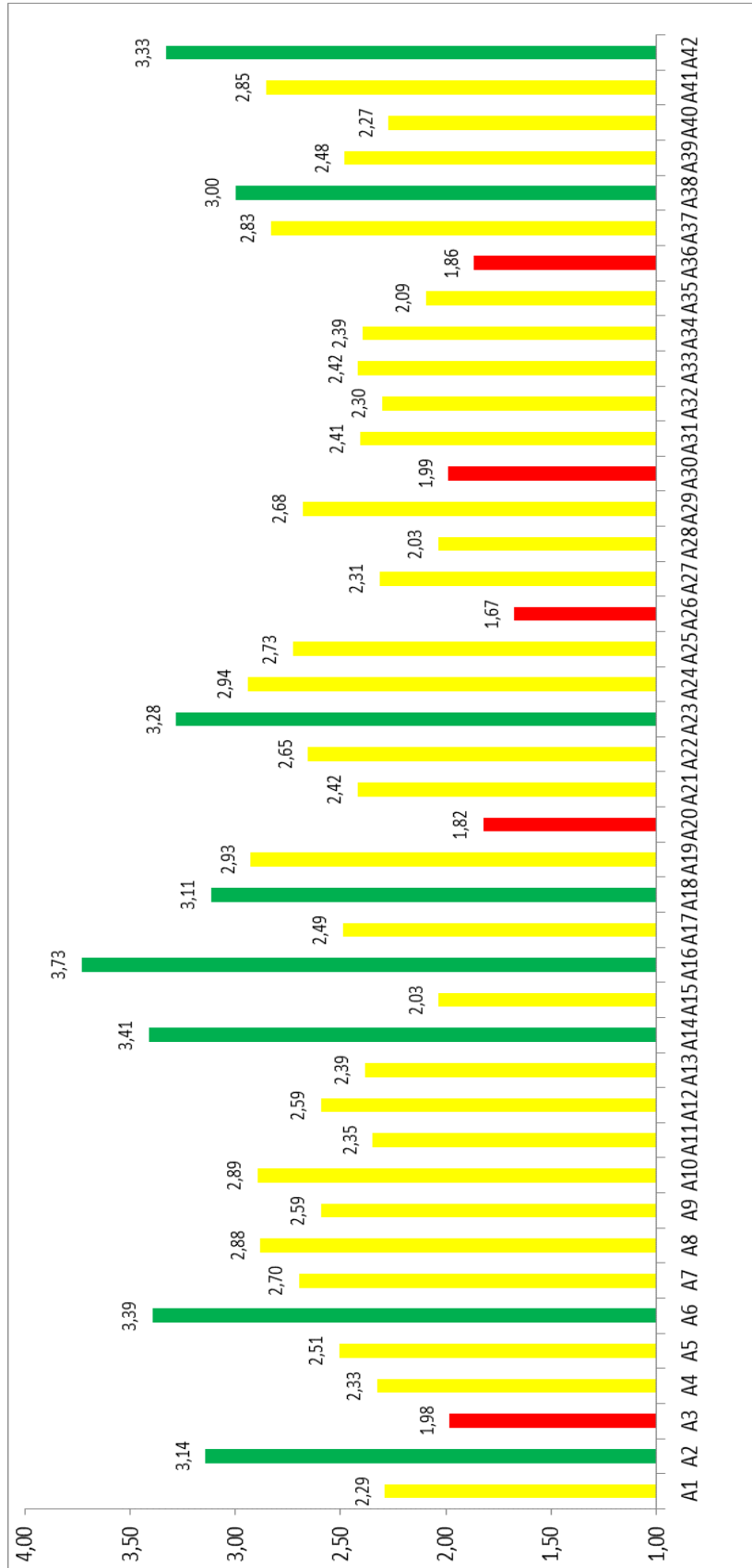
Comparações das idades		Gestão e Segurança do Paciente	Erro e suas Consequências
(31-40)	(20-30)	0,689	0,085
(41-50)	(20-30)	0,230	0,708
(Acima de 51)	(20-30)	0,044	0,031
(41-50)	(31-40)	0,618	0,462
(Acima de 51)	(31-40)	0,134	0,626
(Acima de 51)	(41-50)	0,627	0,159

Fonte: Elaborada pela autora.

5.2.4 Análise da pontuação nas Assertivas e Análise dos comentários no espaço aberto

A figura 2 apresenta as médias gerais das respostas de cada uma das assertivas (A) do instrumento, identificadas com cores de acordo com a classificação da pontuação em zona de perigo de 1,0 a 1,99, zona de alerta de 2,0 a 2,99 e zona de conforto de 3,0 a 4,00 (JANSEN; BATISTA; BATISTA, 2013; PEREGO; BATISTA, 2016).

Observa-se que 12% das assertivas encontram-se em zona de perigo, 69% em zona de alerta e 19% em zona de conforto.



Fonte: Elaborada pela autora.

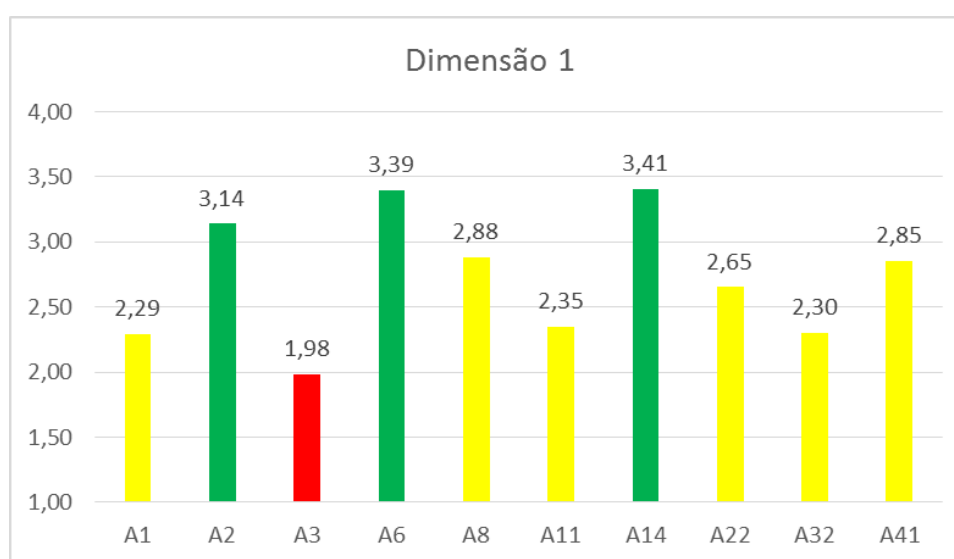
1 a 1,99 – Zona de Perigo 2 a 2,99 – Zona de Alerta 3 a 4,00 – Zona de Conforto

Figura 2 – Média das respostas por assertiva (N=150).

A seguir apresentam-se médias gerais das respostas de cada uma das assertivas por fator, que a partir deste momento será denominado dimensão.

Para cada dimensão apresenta-se a análise qualitativa das respostas no espaço aberto, analisadas por meio de categorias temáticas, possibilitando um diálogo entre os dados da escala tipo Likert, os dados do espaço aberto e a literatura.

A **primeira dimensão** analisada foi a Dimensão 1 “Processo de Cuidado”, composta por 10 assertivas.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 3 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 1 – Processo de Cuidado (N=150).

Dimensão 1 – Processo de Cuidado

Assertiva 1 (A1): Nesta Instituição é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.

Assertiva 2 (A2): Eu tenho o apoio que necessito dos outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.

Assertiva 3 (A3): Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.

Assertiva 6 (A6): É fácil para os profissionais que atuam nesta unidade fazerem perguntas, quando existe algo que eles não entendem.

Assertiva 8 (A8): Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente.

Assertiva 11 (A11): Nesta Instituição, é difícil discutir sobre erros.

Assertiva 14 (A14): Eu relato ao meu supervisor/ chefe a ocorrência de erro, engano ou falha, quando é percebido e corrigido antes de afetar o paciente.

Assertiva 22 (A22): Nesta Unidade, os pacientes e familiares são envolvidos na Segurança do Paciente.

Assertiva 32 (A32): O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma Unidade para outra.

Assertiva 41 (A41): Nesta Unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.

Na Dimensão 1, observa-se apenas 3 assertivas na zona de conforto, que são A2, A6 e A14, demonstrando um sentimento de apoio entre os membros da equipe, o que pode ser corroborado com o registro

“[...] procuramos de forma geral e toda equipe multiprofissional prevenir os problemas antes que ocorram.”

A assertiva A3 “Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles”, em zona de perigo, infere a cultura punitiva frente a ocorrência de eventos. Essa percepção dos profissionais também pode ser observada nos comentários inseridos no espaço aberto do instrumento:

“Quando se fala de erro em segurança logo vem o medo da punição [...] todos agem punindo e nunca conversando e tentando ver o lado do profissional.”

“Nesta instituição erros são totalmente penalizados [...]”

“Todos deveríamos ser responsáveis para que eles (erros) não ocorram. Sem punição mas como uma rotina.”

“Nesta instituição erros são totalmente penalizados, não há uma Cultura de Segurança instalada para um método corretivo apenas punitivo.”

“As pessoas estão mais preocupadas com o que ocorrerá a elas mesmas, e não se acarretará em algum dano ao paciente.”

“[...] todas as vezes que aconteceu um erro mesmo não causando dano ao paciente, nunca vi um funcionário ser orientado sem uma advertência escrita, não é observado a conduta, postura e envolvimento profissional do funcionário para tentar avaliar o que aconteceu, o profissional sempre é punido e sempre apontado o seu erro e não observado o que levou o profissional a errar...”

O processo de prevenção do erro humano faz-se com mudanças culturais e consequentemente com o aumento na identificação dos erros, sendo imprescindível que a liderança acredite em uma cultura não punitiva, aplicando uma abordagem sistêmica ao erro. Os membros da equipe precisam sentir-se seguros ao notificar o erro e quando o fizerem devem ser recompensados, não repreendidos e punidos (GANDHI; KAUSHAL; BATES, 2004).

Chama a atenção o fato do próprio profissional perceber a punição como uma estratégia para a segurança do paciente, quando relata:

“A Cultura de Segurança de Paciente infelizmente não está atrelada ao funcionário, pelo fato do funcionário não ser punido com rigor.”
“[...] falta de aprimoramento, treinamento aos funcionários, fazendo com que cada um haja de maneiras diferentes, sem fiscalização, punição e correção dos erros e/ou enganos.”

O que se tem visto frequentemente, de acordo com a literatura, é a punição do profissional. Isso não quer dizer que os indivíduos nunca devem ser responsabilizados por suas ações. No entanto, contando com a abordagem de culpa por si só, a condução dos problemas é feita de maneira superficial, impedindo a utilização de estratégia correta e eficaz para melhorar a segurança do paciente (BRASIL, 2017b).

Em relação à importância da gestão na segurança do paciente, um dos grandes desafios é transformar o modelo mental tradicional de culpar as pessoas quando alguma falha acontece. Tanto o gestor, como o profissional de saúde, precisa saber transformar o erro em uma melhoria (ROSA, 2018).

A cultura justa busca entender a dinâmica das falhas e não punir os culpados. Quando o profissional de saúde já está dentro da instituição, deve-se trabalhar para que ele não seja punido ao cometer um erro, porque, se ele errou e é substituído por outra pessoa sem treinamento e melhoria do processo, fatalmente este profissional irá errar também, às vezes até no mesmo ponto. O erro não está na pessoa, o erro está no processo, portanto há

necessidade de se rever o processo. A segurança do paciente é contra a questão punitiva (ROSA, 2018).

Conforme descrito por Rosa (2018), o pesquisador Walter Mendes Júnior comenta que “ao contrário do que nos foi ensinado na universidade, todo profissional de saúde erra” (p.20).

A assertiva A22, que aborda o envolvimento do paciente e/ou familiar no cuidado seguro, apresenta-se em zona de alerta. Os relatos abaixo demonstram que, na percepção dos profissionais, o paciente não é envolvido nas questões de segurança, bem como infere que o envolvimento familiar pode ter um retorno negativo:

“As pessoas não envolvem o paciente na segurança.”

É importante considerar que o envolvimento do paciente tem sido cada vez mais reconhecido como um componente essencial na reestruturação de processos em cuidados de saúde, com o objetivo de melhorar a segurança do paciente (BRASIL, 2017b).

Pacientes e familiares devem ser incluídos como parceiros respeitados e devem entender a sua própria responsabilidade, para manterem-se seguros (THOMPSON, 2009). Segundo a *Joint Commission International* (2009) a comunicação com os pacientes e suas famílias, orientando e educando sobre todos os aspectos do seu atendimento é um elemento importante na segurança do paciente. Quando os pacientes sabem o que esperar, eles são mais conscientes de que as escolhas que fazem podem afetar a sua saúde, e estão mais propensos a detectar erros potenciais.

Os profissionais de saúde podem usar diversas estratégias para envolver e incentivar a participação ativa de pacientes e suas famílias nos cuidados de saúde. É fundamental, que o profissional de saúde incentive o paciente a fazer questionamentos, bem como encoraje os pacientes e familiares a relatarem as preocupações com sua segurança. Uma das principais barreiras na promoção do envolvimento de pacientes e familiares, é a recusa do profissional de saúde em abandonar seu papel principal e delegar o poder. Os profissionais de saúde, dentro de uma cultura de segurança centrada no paciente e família, precisam entender e encorajar o paciente a abandonar o papel de espectador passivo, para atuar como peça-chave de seu cuidado (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2009).

“Em um caso que presenciei, a segurança do paciente foi prejudicada por um familiar que não atentou a orientação dada pelo profissional.”

Pacientes podem contribuir para os erros em seu cuidado de saúde. As causas são semelhantes àquelas que levam aos erros relacionados aos prestadores de cuidados: em geral, pessoas competentes interagindo com sistemas complexos, algumas vezes se engajando em atos inseguros ou violando normas de segurança. Outros motivos são pacientes e familiares com educação insuficiente em saúde ou com diferenças de linguagem. O reconhecimento de que alguns erros são causados pelos pacientes não é uma circunstância para se atribuir culpa, visto que, na grande maioria das vezes, as ocorrências de erros apenas provam que os pacientes são humanos que, como sabemos, erram (WACHTER, 2013).

Vale ressaltar, portanto, que a relação entre os profissionais de saúde e os usuários é considerada importante para o sucesso ou insucesso das condutas terapêuticas. A construção de vínculos e a confiança são reconhecidos como condições fundamentais com potencial de impacto na qualidade dos cuidados (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

No que diz a transferências de paciente entre unidades, percebe-se, nos registros abaixo, que a segurança do paciente fica comprometida, em linha com a assertiva A32 em zona de alerta:

“...pacientes de determinadas clínicas ficam internados em vários setores diferentes, em clínicas que não estão habituados a manejar tais doentes e com isso, acredito que a segurança fica comprometida.”

“...pacientes que são provenientes do centro cirúrgico chegam totalmente sem nenhuma medida de segurança.”

“Falta de comunicação de um modo geral prejudica a continuidade do trabalho.”

“O que ainda sinto falta é de uma passagem de plantão efetiva entre as unidades de internação, pois muitas informações se perdem.”

Erros de transferência e troca de informações estão entre os mais comuns e com maiores consequências na assistência à saúde. As trocas de informações podem se dar de lugar para lugar ou entre pessoas. Ambos os tipos de falha de transição estão repletos de riscos (WACHTER, 2013).

As demais assertivas, A1, A8, A11 e A41, em zona de alerta, demonstram fragilidades no processo de cuidado e a segurança do paciente, bem como infere a subnotificação de eventos adversos.

“Reconhecendo que erros é de natureza humana, se uma pessoa pudesse de rotina perceber o erro do outro e corrigi-lo o paciente sempre sairia ganhando.”

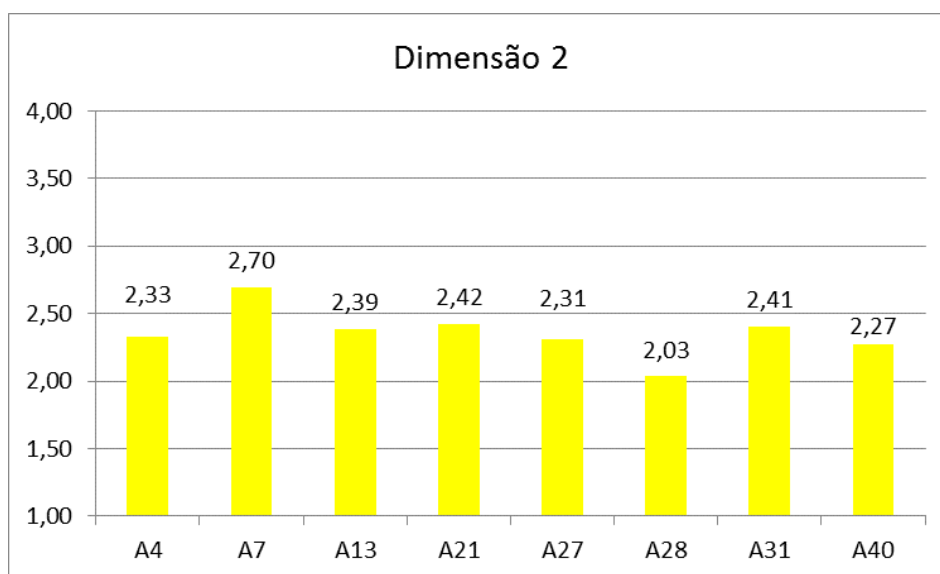
“Poucos são os profissionais que realmente se preocupam com o paciente.”

A subnotificação de eventos adversos e demais incidentes ocorre por diversos fatores, dentre eles o medo, a culpa, a vergonha, a autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio, além da alegação de dificuldade para realizar uma notificação como a extensão e a natureza do que deve ser relatado, o tipo de sistema de notificação, a facilidade para enviá-la, existência de incentivos e obstáculos. Quanto ao notificador, diversos estudos que tratam de notificações voluntárias demonstram que a categoria que mais notifica é a enfermagem (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

Ao analisar a Dimensão 1, percebe-se, de maneira geral, que a ausência de segurança no cuidado ao paciente pode resultar em: perda de confiança nos serviços de saúde e relação prejudicada entre pacientes e profissionais; aumento nos custos econômicos e sociais; e redução na possibilidade de alcançar os resultados esperados (SOUSA; FURTADO; REIS, 2008).

Superar as falhas e problemas requer o conhecimento de que toda a atividade de assistência à saúde possui pontos frágeis que podem comprometer a segurança do paciente e que a chave para reduzir o risco é criar um ambiente sem a cultura da culpa e com a cultura de vigilância e cooperação (CAMERINI; SILVA, 2011).

A **segunda dimensão** analisada foi “Gestão e Segurança do Paciente”, composta por 8 assertivas.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 4 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 2 – Gestão e Segurança do Paciente (N=150).

Dimensão 2 – Gestão e Segurança do Paciente

Assertiva 4 (A4): Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.

Assertiva 7 (A7): Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui como paciente.

Assertiva 13 (A13): A cultura nesta Instituição torna fácil aprender com os erros dos outros.

Assertiva 21 (A21): As ações da direção do hospital demonstram que a Segurança do Paciente é a principal prioridade.

Assertiva 27 (A27): A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a Segurança do Paciente.

Assertiva 28 (A28): Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas relacionados à assistência ao paciente, sejam registrados em suas fichas funcionais.

Assertiva 31 (A31): O hospital promove processos de capacitação de profissionais e equipes de saúde em Segurança do Paciente.

Assertiva 40 (A40): A direção do hospital proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da Segurança do Paciente.

Na Dimensão 2 todas as assertivas encontram-se na zona de alerta demonstrando que há fragilidades gerenciais relacionadas à segurança do paciente.

O Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde da Organização Nacional de Saúde (versão 2018-2022) define gestão, adaptado de ISQua, 2013,

“Estabelecimento de objetivos e metas, através do planejamento e orçamento, estabelecendo processos para alcançar esses objetivos e metas, alocando recursos para esses planos. Assegurar que os planos sejam alcançados através da organização, controle e resolução de problemas, visando à melhoria contínua” (ONA, p.140).

A lógica da gestão engloba a integração entre os processos de gestão de pessoas, estratégias e organização, orientada por uma perspectiva mais horizontal e participativa, integrando todos os envolvidos no processo de trabalho (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

É possível observar nas assertivas A13, A21, A27, A28 e A40, em zona de alerta, bem como nos relatos abaixo que, na percepção dos profissionais, há fragilidades institucionais no que diz a proposição de ações gerenciais voltadas à segurança do paciente:

“Aqui o paciente não é prioridade!”

“A Direção do hospital é ausente sobre o tema.”

“Infelizmente a Diretoria do Hospital não consegue suprir essas necessidades, acredito que entre as principais causas é o grande volume de pacientes e uma falta de gestão adequada...”

“O hospital possui ótimos profissionais e oferece boas condições de trabalho, mas não tem cultura da segurança.”

“A cultura segurança precisa ser para todos os profissionais e sinto falta de um trabalho efetivo em relação a isso.”

“A cultura da segurança deve ser vista no todo, ou seja, desde a empresa a qual é contratada para trabalhar, funcionários e o paciente.”

“...há falta de comprometimento de alguns funcionários em relação a própria segurança e a do paciente.”

“Quando o erro ocorre no “topo” da hierarquia dificilmente há supervisão.”

As organizações que prestam serviços de saúde devem sistematicamente identificar e diminuir os riscos e perigos relacionados com a segurança do paciente por meio de um enfoque contínuo de redução dos danos preveníveis. Isso deve incluir uma série de métodos internos, sejam retrospectivos, concorrentes ou prospectivos, para analisar os riscos genéricos, além de esforços dirigidos a riscos específicos, tais como o risco de quedas, má-nutrição, isquemia por torniquetes pneumáticos, aspiração e fadiga do pessoal. Também mostra a necessidade de o serviço de saúde contar com um bom sistema de monitoramento que revele os prováveis problemas de segurança, reforçando a importância de ter bons indicadores (BRASIL, 2017b).

“Não há indicadores de risco.”

“...criar uma cultura de segurança é importante, não só para o paciente como também para o profissional. Daí os mecanismos institucionais se tornam importantes, pois acarretam na diminuição do erro...”

“Nesta unidade medidas que encorajam a segurança ao paciente são negligenciadas.”

“Acho que no nosso hospital essa cultura ou gerenciamento de risco tem de ser mais atuante.”

É imprescindível pensar na segurança como abordagem sistêmica e empregar métodos para analisar os riscos existentes nos processos. Tais métodos fornecem informações indispensáveis para identificar os riscos e possibilitam que os gestores planejem novos processos e ações corretivas e preventivas, para que todos envolvidos objetivem as práticas de melhoria contínua dos serviços (CASSIANI, 2010).

O relato abaixo corrobora com a assertiva A7 “Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui” em zona de alerta:

“Não tenho coragem de ser tratado nesta UTI, devido à falta de boa vontade de todos.”

De acordo com Vincent (2010) a segurança do paciente contribui para a qualidade do cuidado de saúde uma vez que introduz novas ferramentas e técnicas para a melhoria do cuidado de saúde, mostra com clareza como o cuidado de saúde pode ser danoso para os pacientes, chama atenção para o impacto do erro e as consequências do dano, aborda diretamente a questão do erro no cuidado de saúde, sua natureza e suas causas e amplia a atenção sobre o desempenho humano.

Nota-se também, de acordo com as assertivas A4 e A31 em zona de alerta e os relatos abaixo, que na percepção dos profissionais, a instituição falha no processo de desenvolvimento e capacitação dos profissionais no que concerne a segurança do paciente:

“Necessidade de programas mais intensivos e abrangentes sobre o tema.”

“Creio que nesse hospital falta orientação/ capacitação dos profissionais quanto a esse tema.”

“Deveria ter mais processo de capacitação no geral e principalmente em relação a segurança do paciente.”

“A equipe, a começar pela chefia, precisa ser melhor treinada.”

“Os riscos tendem a diminuir quando o colaborador está sendo mais observado e treinado.”

“A instituição aplica protocolos para a segurança do paciente, porém não realiza orientação aos funcionários e não buscam as dificuldades comuns no setor antes da realização dos mesmos.”

“A instituição é falha a respeito de treinamento dos funcionários e prevenção de acidentes ou erros com o paciente...”

Os programas de treinamento são desenvolvidos com o propósito de agregar novos conhecimentos, habilidades e competências aos profissionais, qualificando, assim, o processo de trabalho. Trata-se de um investimento em pessoal por parte das instituições de saúde (NASSER; CASTILHO, 2007).

É importante ressaltar que ações de capacitação e desenvolvimento não devam ser adotadas como medidas corretivas dirigidas a quem errou, ou seja, retreinando, pois essa é considerada uma cultura “velha”, que cria a falsa sensação de segurança de que o “problema foi resolvido” (BRASIL, 2017b).

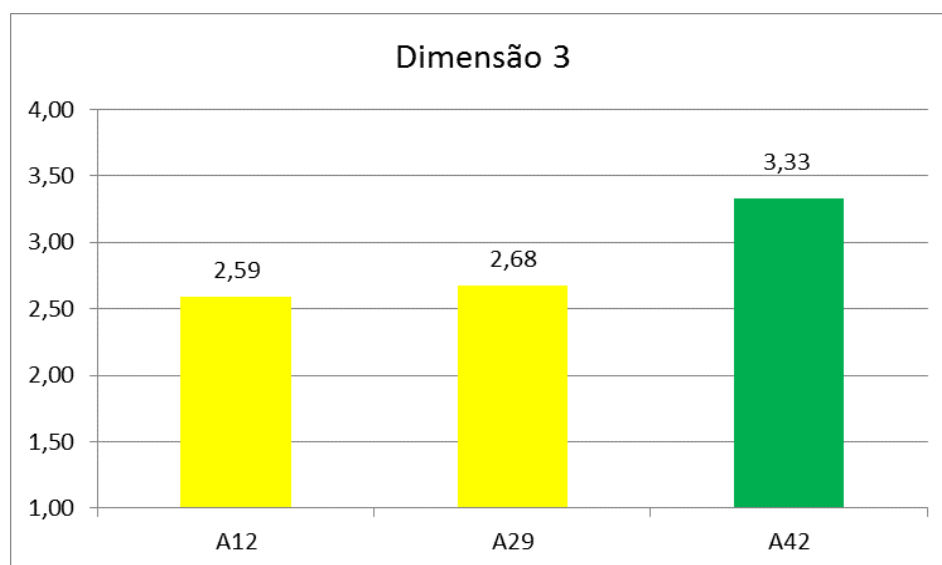
Segundo Pereira (2003, p.1532) “aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta”, ou seja, por meio da vivência prática, novos conceitos são incorporados tendo em vista uma aproximação crítica da realidade. Sendo assim, reconhecer que a teoria respalda a prática e que ambas se correlacionam problematizando a realidade.

“É necessário mais treinamento e implantação de protocolos para que a segurança do paciente torne-se um hábito.”
“Ter educação continuada.”

A aprendizagem à luz da Educação Permanente é reconstrutiva e envolve o repensar das práticas e a análise dos enfrentamentos, que não são constantes e padronizados. Requer dos profissionais e serviços disponibilidade para aprender e para modificar a ação, por meio do diagnóstico e do planejamento participativo, com vistas a transformar a realidade (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Para promover essa articulação, é preciso a participação da equipe de forma horizontal, capaz de compreender que as relações são produtos de práticas e saberes acumulados, delimitadas pela dinâmica da realidade social, mas que são passíveis de transformação a partir da incorporação de um novo saber advindo do trabalho em saúde (BRASIL, 2005).

A **terceira dimensão** analisada foi “Atitudes Frente ao Erro”, composta por 3 assertivas.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 5 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 3 – Atitudes Frente ao Erro (N=150).

Dimensão 3 – Atitudes Frente ao Erro

Assertiva 12 (A12): Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas no ambiente de trabalho.

Assertiva 29 (A29): Somos informados sobre os erros que acontecem nesta Unidade.

Assertiva 42 (A42): Eu relato ao meu supervisor/ chefe a ocorrência de erro, engano ou falha que poderia causar dano ao paciente, mas não causou.

Observa-se, na Dimensão 3, a assertiva A42 em zona de conforto, o que corrobora o achado na dimensão 1 que demonstra um sentimento de apoio entre os membros da equipe.

A dimensão apresenta também duas assertivas, A12 e A29, em zona de alerta, o que infere uma atitude reativa frente aos eventos adversos, ou seja, uma fragilidade na definição de barreiras preventivas com foco na gestão de riscos, e que pode ser observado nos relatos:

“A segurança deveria ser preventiva, porém atualmente ações acontecem apenas do dano.”

“A Cultura de Segurança do Paciente tem sido mais observada não pelo fato de garantir a integridade do paciente, mas pelo fato de ter aumentado o número de reclamações aos profissionais.”

“O hospital deveria ter um mecanismo de detecção de erro.”

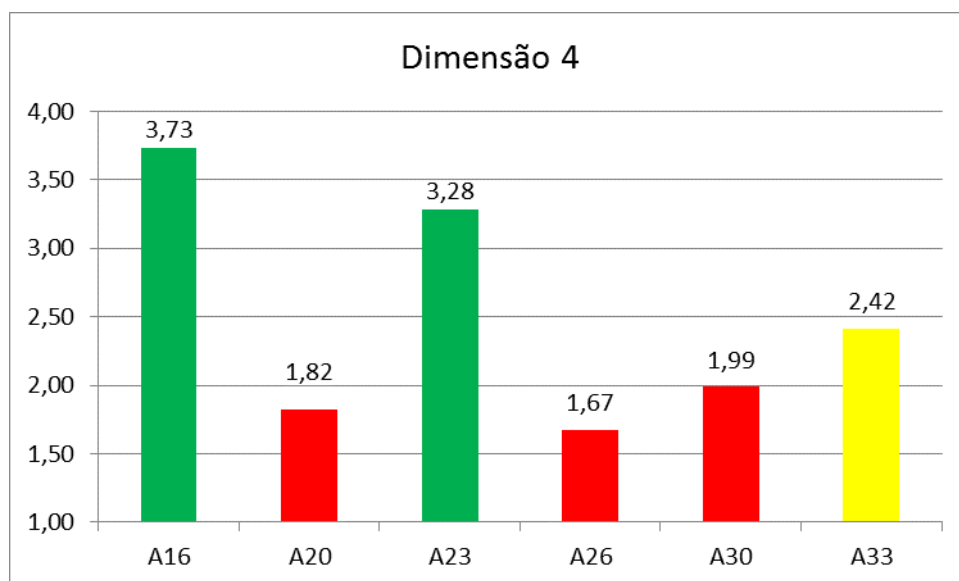
“Nesta instituição o foco não é a segurança do paciente, esta só é lembrada quando a falha gera uma queixa.”

A segurança consiste no ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos, oriundos do processo de assistência à saúde; a segurança reside nos sistemas e nas pessoas e, por isso, precisa ser ativamente procurada e estimulada, visando a redução de todos os tipos de erros, procurando a alta confiabilidade, como componente essencial de assistência com qualidade (VINCENT, 2009).

A omissão do erro e a consequente subnotificação dos eventos adversos impedem o serviço hospitalar de ampliar o conhecimento a respeito da segurança dos medicamentos, dos procedimentos adotados pelo serviço e, principalmente, do próprio paciente, tornando difícil a implementação de melhorias e a prevenção dessas ocorrências (BOHOMOL, 2002).

A concepção do erro como algo coletivo permite que a equipe de saúde busque corresponsabilidade entre os seus membros. À medida que todos os profissionais da saúde aprimorarem essa ideia de responsabilidade coletiva será possível avançar em direção a uma cultura de segurança do paciente (WEGNER *et al.*, 2016).

A **quarta dimensão** analisada foi “Fatores Pessoais que Predispõem ao Erro”, composta por 6 assertivas.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 6 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 4 – Fatores Pessoais que Predispõem ao Erro (N=150).

Dimensão 4 – Fatores Pessoais que Predispõem ao Erro

Assertiva 16 (A16): Eu gosto do meu trabalho.

Assertiva 20 (A20): Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado.

Assertiva 23 (A23): Este é um bom lugar para trabalhar.

Assertiva 26 (A26): Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.

Assertiva 30 (A30): Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas e hostis.

Assertiva 33 (A33): O cansaço prejudica meu desempenho nas situações de emergência (ex: parada cardiorrespiratória, convulsões).

Na Dimensão 4 chama a atenção o fato de que das 6 assertivas, três encontram-se em zona de perigo, que são A20, A26 e A30, e uma em zona de alerta, A33, as quais tratam da relação entre o cansaço físico e situações hostis e o processo de cuidado. Este resultado vai ao

encontro da realidade dos profissionais de saúde que muitas vezes acumulam mais de um emprego, ou que exercem longas jornadas de trabalho em plantões.

Essa percepção pode ser também observada nos relatos:

“A instituição deve pensar sobre a quantidade de funcionários X paciente, pois muitas vezes o erro acontece quando o profissional está sobrecarregado.”

“...ainda existe pouco cuidado para a saúde física dos profissionais que acarreta desgaste e lesões, ocasionando assim consequentemente um risco à assistência adequada ao paciente.”

“...para um bom desempenho teríamos que ter melhores salários para que não houvesse tanto esforço em vários plantões levando pouco desempenho causado pelo cansaço físico, mental, desgaste emocional...”

“...os profissionais trabalham com salário baixo, tendo que trabalhar em dupla jornada ou fazer hora extra e assim, comprometendo o cuidado.”

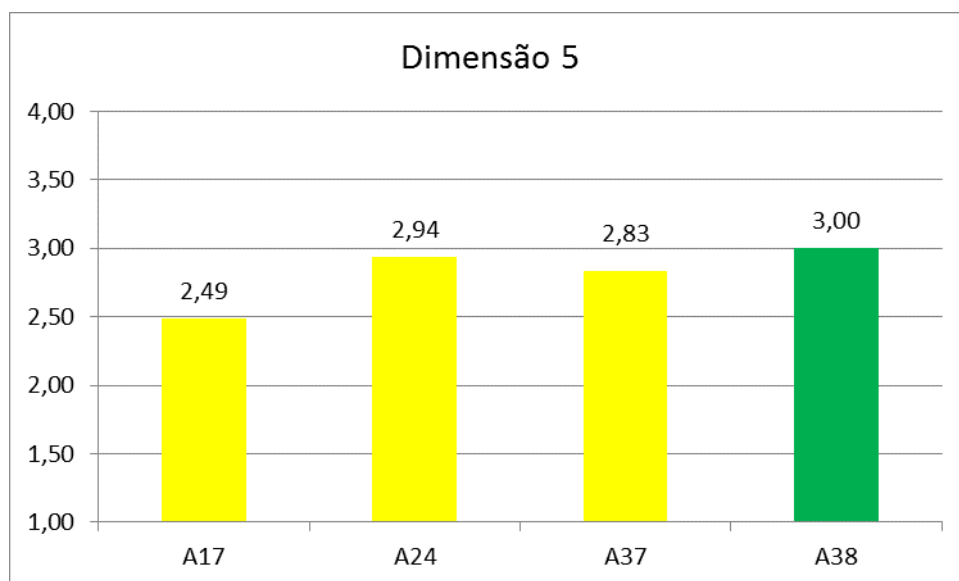
“Eu acredito que cada profissional saiba qual o seu papel na segurança, mas a falta de incentivo e o estresse mental, associados à sobrecarga podem prejudicar a segurança.”

É relevante destacar que os profissionais de enfermagem estão imersos em rotinas de duplo vínculo empregatício, conciliação com os afazeres domésticos e busca por melhor qualificação profissional, o que resulta em um cotidiano de atividades intensas; consequentemente, o descanso fica comprometido, o que pode refletir no desenvolvimento do estresse e da Síndrome de *Burnout* nesses trabalhadores. Desse modo, a fadiga e o estresse desses profissionais podem interagir para produzir uma qualidade mais baixa do atendimento ao paciente e, em consequência disso, ocorrer o aumento da frequência de incidentes clínicos (RODRIGUES; SANTOS; SOUSA, 2017).

Tem-se também observado o aumento de erros médicos entre residentes acometidos por *Burnout* e/ou que trabalham por longas jornadas. *Burnout* esteve mais relacionado a erros por falta de tempo hábil para execução de uma tarefa do que por inexperiência. Exaustão emocional e despersonalização apresentaram maior força de associação com o cometimento de erros do que envolvimento pessoal, o que pode ser explicado pelo fato de o indivíduo com exaustão emocional e com frieza diante das situações do trabalho estar mais desatento e com isso mais propenso a cometer erros (HOELZ; CAMPELLO, 2015).

Por outro lado, observa-se, nessa dimensão, duas assertivas na zona de conforto, A16 e A23, refletindo a satisfação dos profissionais com sua profissão e seu trabalho.

A **quinta dimensão** analisada foi “Gerenciamento dos Profissionais”, composta por 4 assertivas.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 7 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 5 – Gerenciamento dos Profissionais (N=150).

Dimensão 5 – Gerenciamento dos Profissionais

Assertiva 17 (A17): Nesta Unidade o número de profissionais é suficiente para dar conta da carga de trabalho.

Assertiva 24 (A24): Nesta Unidade a qualificação dos profissionais é suficiente para prestar o cuidado para o número de pacientes.

Assertiva 37 (A37): Nesta Unidade, os estagiários são adequadamente supervisionados.

Assertiva 38 (A38): Os profissionais envolvidos no cuidado assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.

Na Dimensão 5 observa-se, a partir das assertivas A17 e A24, que as questões relacionadas ao gerenciamento de profissionais, no que diz a dimensionamento e qualificação, estão em zona de alerta. Os depoimentos abaixo contextualizam essa análise:

“O hospital deve investir em seus funcionários para que haja melhor acompanhamento ao paciente. Esse investimento trata-se de mão de obra adequada em números de funcionários suficientes e treinamentos...”

“Para melhora da segurança do paciente acredito que mais treinamentos e quantidade adequada de profissionais seria um começo.”

Dados substanciais sugerem que o aumento nas taxas de erros associados aos cuidados em saúde está relacionado a proporção de pacientes por enfermeiro mais elevadas (WACHTER, 2013). Essa afirmação pode ser percebida nos relatos abaixo:

“[...] a quantidade de funcionário para os pacientes é pouca, logo sobrecarregando-o, logo a assistência fica prejudicada com isso também a segurança do paciente.”

“Nem sempre a segurança está em primeiro lugar, pois a falta as vezes de funcionários leva a uma sobrecarga de serviços, prejudicando o bom funcionamento do plantão [...]”

“Acho que a quantidade diminuída de funcionários sobrecarrega a equipe prejudicando o cuidado ao paciente.”

“O setor tem pouco funcionário. Por isso é absurdo ainda ir para outro setor, deixando os funcionários hiper apertados tendo que dar conta dos pacientes super graves.”

“[...] quanto ao rodízio de profissional para outras áreas que não são referente a sua especialização isso também pode implicar em um evento adverso [...]”

Um estudo americano demonstrou que para cada paciente adicionado à carga de trabalho média de um enfermeiro, a mortalidade dos pacientes aumentou em 7%, a síndrome do esgotamento profissional e a insatisfação aumentaram 23% e 15%, respectivamente. Os autores estimaram que 20 mil óbitos por ano nos EUA poderiam ser atribuídos à inadequada proporção entre enfermeiro e pacientes (AIKEN; CLARKE; SLOANE, 2002).

Um estudo brasileiro verificou que o aumento do número de pacientes atribuídos à equipe de enfermagem por dia foi significativamente associado com o aumento da incidência de quedas do leito, incidência de infecções associadas ao cateter venoso central, absenteísmo e rotatividade de profissionais. Também se evidenciou que o maior número de pacientes atribuídos aos auxiliares/técnicos de enfermagem por dia está relacionado à menor taxa de satisfação dos pacientes com a equipe de enfermagem (MAGALHÃES; DALL’AGNOL; MARCK, 2013).

No que diz a qualificação dos profissionais, a falta de habilidade e competências é vista como fator de risco para ocorrência de eventos adversos, interferindo assim na segurança do

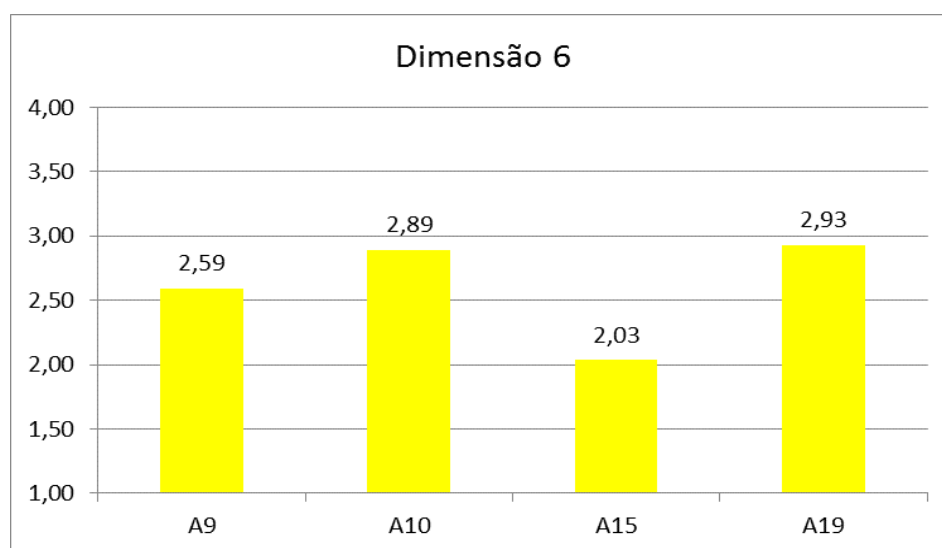
paciente. Os profissionais devem estar em constante atualização de suas práticas e essa qualificação deve ser dirigida à demanda do serviço de saúde, o que qualifica o relacionamento do profissional com o usuário e o atendimento de saúde (LOPEZ; WEGNER, 2013).

A assertiva A37, que trata da supervisão de estagiários, está em zona de alerta. Uma das complexidades do cuidado em saúde é que a saúde é uma das poucas áreas de risco em que o sistema é amplamente apoiado por estudantes recém-formados, como estagiários e residentes (AMALBERTI *et al.*, 2005). Essa afirmação ganha relevância ao considerar que, na instituição estudada, existem programas de residência médica e de aprimoramento multiprofissional, bem como é campo de estágio para cursos técnicos de enfermagem, graduação de enfermagem e internato médico.

A supervisão direta e permanente, a orientação e o acompanhamento do profissional da saúde em processo de aperfeiçoamento, são requisitos essenciais para garantir um cuidado seguro (WEGNER *et al.*, 2016).

Contudo, chama a atenção a assertiva A38 em zona de conforto, que mais uma vez vai ao encontro dos achados nas dimensões 1 e 3 no que diz ao sentimento de apoio percebido entre os membros da equipe. De acordo com a Portaria nº 529/2013, a Cultura de Segurança configura-se na cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares (BRASIL, 2013a).

A **sexta dimensão** analisada foi “Reconhecimento Institucional”, composta por 4 assertivas.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 8 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 6 – Reconhecimento Institucional (N=150).

Dimensão 6 – Reconhecimento Institucional

Assertiva 9 (A9): Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho.

Assertiva 10 (A10): Sou encorajado(a) pelos meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.

Assertiva 15 (A15): A direção do hospital apoia meus esforços diários.

Assertiva 19 (A19): O meu supervisor/chefe leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da Segurança do Paciente.

Na Dimensão 6 todas as assertivas encontram-se na zona de alerta refletindo que o profissional não percebe um reconhecimento satisfatório da instituição frente aos seus esforços no trabalho. Essa percepção também é possível notar nos relatos:

“Falta muito a ser feito por nossos profissionais da saúde.”
“Acredito que um dos principais fatores que comprometem a segurança do paciente é a insegurança do profissional e a não obtenção de um “olhar clínico” dos superiores com sua equipe, pois muitas vezes o funcionário não está com sua saúde em condições para prestar um cuidado seguro[...]”

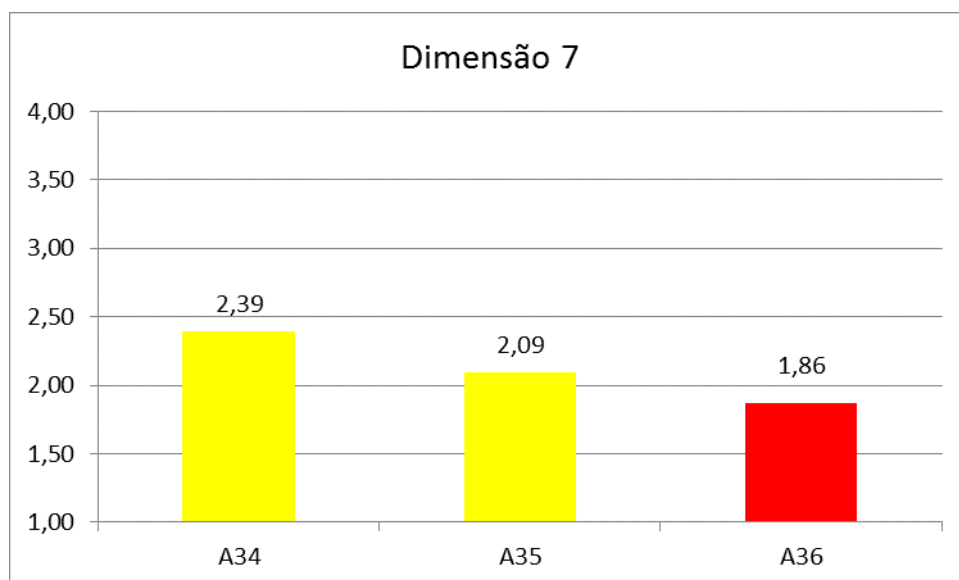
Melhorias na segurança do paciente são alcançadas com sucesso quando as instituições de saúde estabelecem e incorporam uma cultura de segurança. Para alcançar e incorporar uma cultura de segurança, as instituições de saúde devem implementar sistemas de segurança onde todos os profissionais (do pessoal da linha de frente à gerência executiva) devem aceitar a responsabilidade pela segurança de si mesmo, seus colegas de trabalho, pacientes e visitantes; a segurança tem prioridade sobre as metas financeiras e operacionais; os erros proporcionam aprendizagem e o redesenho de processos; e onde a organização disponibiliza os recursos necessários e estrutura para manter sistemas de segurança eficientes (IOM, 2004; THOMPSON, 2009).

A confiança da organização em seus funcionários pode ser reforçada por meio de um método de notificações voluntárias, o qual, isoladamente, não é o mais adequado para a detecção de incidentes em saúde, porém destacam que o mesmo é essencial e valioso para a cultura organizacional voltada para a segurança dos pacientes (RUNCIMAN *et al.*, 2006).

De acordo com Thompson (2009) uma cultura de segurança promove uma aprendizagem na organização, onde os membros da equipe compartilham informações sobre os erros a fim de prevenir a sua recorrência. A instituição deve enfatizar que a

responsabilidade é compartilhada, o que significa que todos têm responsabilidade pela segurança do paciente, independente do cargo.

A **sétima dimensão** analisada foi “Erros e suas Consequências”, composta por 3 assertivas.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 9 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 7 – Erros e suas Consequências (N=150).

Dimensão 7 – Erros e suas Consequências

Assertiva 34 (A34): Falhas na comunicação que levam a atrasos, enganar ou falhas no atendimento são comuns.

Assertiva 35 (A35): A direção do hospital só parece interessada na Segurança do Paciente quando ocorre algum evento adverso.

Assertiva 36 (A36): Quando um evento adverso é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.

A dimensão 7, que aborda sobre as consequências do erro no cuidado em saúde, apresenta duas assertivas em zona de alerta e uma em zona de perigo.

A assertiva A34, em zona de alerta, demonstra que falhas na comunicação levam ao cuidado inseguro.

A predominância de falhas nos processos de comunicação institucionais é apontada, na literatura, como fonte de risco para a ocorrência de eventos adversos. Os eventos adversos

relacionados às falhas no processo de comunicação estão altamente relacionados com as prescrições ou ordens verbais e informações relativas a resultados de exames. Falhas nos processos de comunicação institucionais é apontada também como fonte de risco para a ocorrência de eventos adversos em outras situações durante a internação. Suspensões de cirurgias, de procedimentos e de exames são comuns quando a comunicação não é efetiva entre as equipes médicas, de enfermagem e de nutrição. Outro processo crítico de comunicação para o risco de ocorrência de eventos adversos é entre a farmácia, enfermagem e equipe médica. Situações de falhas de redação e interpretação de prescrição médica, assim como a dispensação e preparo de medicamentos são momentos anteriores ao processo de administração de medicamentos que podem induzir ao erro da equipe de enfermagem. (BRASIL, 2017b).

Ao analisar a assertiva A35, observa-se que o resultado apresentado está em zona de alerta, em linha com o resultado evidenciado na dimensão 3, demonstrando que a instituição, a direção e os profissionais assumem uma atitude reativa frente a ocorrência de eventos.

Os relatos abaixo demonstram a percepção dos profissionais acerca do elucidado:

“É mais fácil as falhas “aparecerem” quando ocorrem em níveis hierárquicos mais baixos.”

“Reconhecer que o erro não é de uma pessoa e sim do sistema.”

Para a segurança do paciente, os processos de trabalho devem ser norteados com vistas à prevenção de incidentes relacionados à assistência à saúde, à adoção de práticas de segurança e à instituição de barreiras de segurança, bem como à avaliação frequente da adoção dessas práticas (BRASIL, 2016b).

As atividades relacionadas à gestão do risco representam uma postura proativa perante os riscos identificados, uma vez que permitem o desenvolvimento de estratégias e o planejamento das atividades e ações, em resposta aos mesmos (BRASIL, 2017a).

A Cultura de Segurança, de acordo com a Portaria nº 529/2013, configura-se como a cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional (BRASIL, 2013a).

A assertiva A36 em zona de perigo demonstra, conforme já discutido na dimensão 1, que os profissionais percebem uma cultura punitiva frente ao erro, o que leva à subnotificação de eventos, falhas nas análises de causa raiz, e conseqüentemente a instituição deixa de

aprender com os próprios erros e de propor melhorias, uma vez que o foco está em pessoas e não em processos.

“Quando há erros busca-se culpados e não causas. Pequenos erros são ignorados, esperando sempre um “evento grave”.

É importante considerar que os profissionais de saúde desde a graduação aprendem que não podem errar, pois este ato é vergonhoso e muitas vezes motivo de chacota e de reprovação dos próprios colegas. Essa cultura é a mesma encontrada num serviço de saúde. A maioria dos serviços de saúde aborda o erro de uma forma individual, como um produto do descuido. Na abordagem individual, a forma de resolver a consequência de um erro é nominando, culpando, estimulando o sentimento de vergonha no profissional de saúde. Em função dessa abordagem individual os profissionais passam a esconder os erros (BRASIL, 2017b).

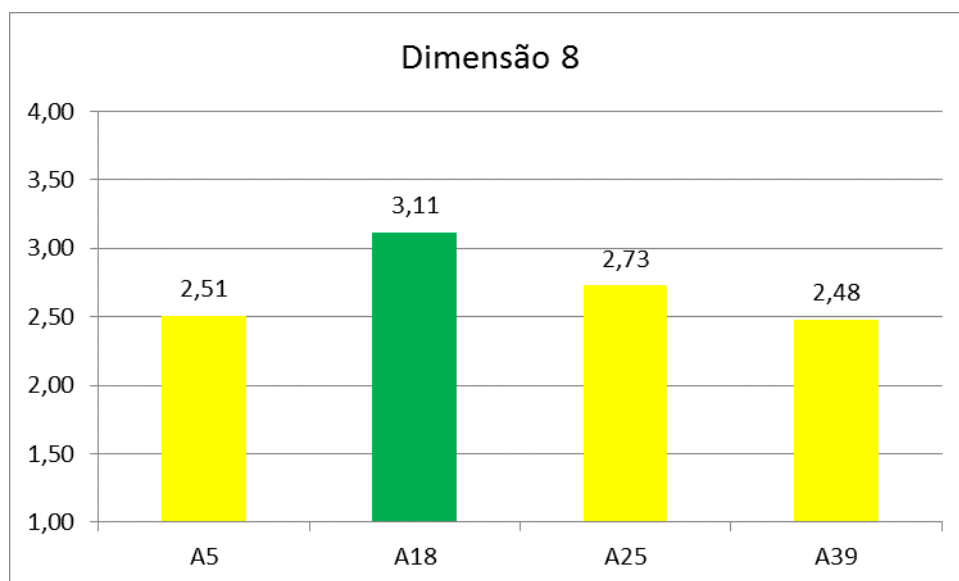
A investigação do erro não deve ser vista como uma busca ao culpado pelo fato ocorrido, mas sim como uma maneira de registrar, analisar e tomar as decisões cabíveis. No entanto, isso não exime a responsabilidade do profissional envolvido no evento adverso. O que se percebe atualmente é que os profissionais encontram-se resistentes em admitir o erro profissional, pois têm medo de serem punidos (HARADA *et al.*, 2006).

Os seres humanos cometem erros inocentes, independentemente de sua experiência, inteligência, motivação ou vigilância. Errar é humano. Os profissionais de saúde não têm a intenção de cometer erros, apenas em uma minoria de situações cometem violações deliberadas. Quanto mais se compreender como e por que essas coisas ocorrem, mais se poderá reduzir a reincidência (BRASIL, 2017b).

O relato abaixo corrobora com a literatura que diz que é considerada segunda vítima o profissional de saúde que passou a sofrer de angústia física e emocional e até stress pós-traumático, decorrente do seu envolvimento em um incidente (EDREES *et al.*, 2011).

“Quando um erro acontece e acaba comprometendo a integridade do cliente, não só ele (o cliente) fica abalado mas a pessoa (profissional) que cometeu o erro, também.”

A oitava dimensão analisada foi “Trabalho em Equipe”, composta por 4 assertivas.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 10 – Média das respostas por assertiva da Dimensão 8 – Trabalho em Equipe (N=150).

Dimensão 8 – Trabalho em Equipe

Assertiva 5 (A5): Nesta Instituição, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).

Assertiva 18 (A18): Eu vivencio boa colaboração com outras categorias profissionais, no trabalho em equipe.

Assertiva 25 (A25): Nesta instituição, as pessoas apoiam umas as outras.

Assertiva 39 (A39): É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.

Na Dimensão 8 pode-se mais uma vez notar que o sentimento de apoio entre os membros da equipe é um fator positivo, de acordo com o resultado da assertiva A18 em zona de conforto.

O trabalho em equipe acontece no contexto das situações objetivas das práticas em saúde e consiste de uma modalidade de trabalho coletivo, mediado pela comunicação, que se estrutura nas relações recíprocas entre as várias intervenções técnicas e a interação dos diferentes profissionais e suas áreas específicas (PEDUZZI, 1998).

“[...] cliente necessita de uma equipe entrosada e segura de todos os procedimentos a ele submetido.”

Por outro lado as demais assertivas, A5, A25 e A39 encontram-se na zona de alerta, o que demonstra a necessidade de ações que fortaleçam o trabalho em equipe e a continuidade do cuidado. Os relatos seguintes ilustram a percepção dos profissionais quanto ao trabalho em equipe e a segurança do paciente:

“A segurança do paciente é focada apenas no cuidado da enfermagem, quando se trata do cuidado prestado por médicos e residentes esse cuidado é diminuído.”

“Infelizmente na área da saúde por mais que se fale tanto em trabalho em equipe os profissionais ainda pensam muito individualizados.”

Os erros devido a um trabalho em equipe deficiente são reconhecidos nos serviços de saúde e em outras áreas como causas de dano e óbito. Por isso, se recomenda estabelecer um enfoque proativo, sistemático e organizacional de formação em trabalho em equipe, com construção de habilidades e melhoria dos desempenhos das equipes para diminuir os danos preveníveis (BRASIL, 2017b).

A falta de processos de comunicação integrados entre as diversas equipes de profissionais e os serviços de saúde são fatores que contribuem para as falhas no atendimento (BRASIL, 2017b). Essa afirmação pode ser corroborada com os relatos:

“Precisa-se de comunicação interprofissional para melhorar a segurança em respeito ao paciente.”

“A comunicação efetiva é um dos elos mais importantes para a segurança do paciente.”

“[...] ressaltar as informações junto aos residentes, pois as vezes as informações se desencontram.”

Os processos de comunicação são muito complexos e dinâmicos nos serviços de saúde e, em especial, na área hospitalar. O alto fluxo de informações e o grande número de profissionais de diferentes equipes assistenciais, além da grande demanda de atividades, acarretam uma necessidade constante de atualização e troca de informações com os pacientes, os familiares e as equipes (BRASIL, 2017b). Segundo Nascimento e Oliveira (2010b) a articulação dos saberes por meio de uma interação comunicativa e horizontal é um requisito indispensável no cotidiano do trabalho em equipe, pois pressupõe maior integração entre os

profissionais e as ações a serem desenvolvidas, por meio da socialização dos conhecimentos, em busca da interdisciplinaridade e da flexibilização das estratégias programadas, com a participação de todos os membros da equipe, sem hierarquias.

Estudos mostram o impacto da colaboração interprofissional no que diz aos cuidados à saúde, na redução de absenteísmo profissional, na maior satisfação com o ambiente de trabalho, na segurança do paciente, e na melhoria na qualidade do cuidado (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Vale a pena ressaltar a assertiva A39, que trata sobre a perda de informações sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno, está em zona de alerta.

Um aspecto do processo de comunicação que pode ser considerado crítico para a ocorrência de eventos adversos com os pacientes é a forma como estão estruturadas as trocas de informações entre os turnos de trabalho nos serviços de saúde. As passagens de plantão, *rounds* ou relatórios de troca de turnos são uma característica do trabalho em saúde. A continuidade do atendimento do paciente exige o compartilhamento de informações em um processo que envolve a transferência e aceitação de responsabilidade de alguns aspectos do cuidado do paciente ou grupo de pacientes. As passagens de plantão entre as equipes de saúde são consideradas ferramentas fundamentais para a prevenção de falhas e erros nos cuidados de pacientes (BRASIL, 2017b).

Ainda considerando os relatos encontrados no espaço aberto da escala tipo likert, vale a pena destacar o registro abaixo que vai ao encontro de um dos objetivos propostos nesse estudo, que é a construção de um produto técnico-educativo para a educação permanente de profissionais de saúde com vistas a proporcionar conhecimento funcional em segurança do paciente e em áreas correlatas, e reforçar as competências relacionadas à segurança:

“Necessitamos de um programa que realmente agregue a questão da segurança do paciente, com um Núcleo efetivo, que treine os profissionais, que envolva o grupo e demonstre a importância da cultura da segurança do paciente.”

5.2.5 Análise Descritiva e Qualitativa do Questionário

A amostra do questionário contou com a participação de 9 profissionais. A tabela 12 abaixo apresenta a caracterização dos participantes.

Tabela 12 – Características da amostra de participantes do questionário em relação à faixa etária, sexo, profissão, tempo de formação segundo as DCN e setor de atuação (N=9).

Categoria	Característica	N	Porcentagem (%)
Faixa Etária	26 a 30 anos	1	11,11
	31 a 35 anos	4	44,44
	46 a 50 anos	2	22,22
	Acima 56 anos	2	22,22
Sexo	Feminino	6	66,66
	Masculino	3	33,33
Profissão	Técnico de Enfermagem	1	11,11
	Médico	3	33,33
	Enfermeiro	4	44,44
	Fisioterapeuta	1	11,11
Tempo de Formação DCN	Antes DCN	3	33,33
	Pós DCN	6	66,66
Setor de Atuação	UTI Adulto	7	77,77
	Unidade Coronariana	2	22,22

Fonte: Instrumento de entrevista. 2017.

5.2.6 Potencialidades e Fragilidades

A análise de conteúdo do questionário possibilitou identificar, na percepção dos profissionais, quais as potencialidades e as fragilidades acerca da Cultura da Segurança do Paciente na instituição a partir de quatro categorias: Estrutura; Capacitação e Desenvolvimento Profissional; Fomento da Cultura da Segurança; e Atuação Profissional.

Um estudo realizado por Ques, Montoro e González (2010) para identificar fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente na opinião dos profissionais de enfermagem, apontou como fortalezas e oportunidades para o desenvolvimento da estratégia de segurança: a mudança organizacional; o fomento da cultura de segurança; a formação e desenvolvimento profissional; a relação com os pacientes; a pesquisa e o planejamento estratégico; e como barreiras ou limitações do entorno que afetam o desenvolvimento da estratégia de segurança: a profissão como barreira corporativa; a organização e infraestrutura da assistência sanitária que, por sua vez, incluía cinco subcategorias: 1. Variabilidade clínica, escassa protocolização

e ausência de liderança, 2. Recursos materiais escassos, 3. Inadequação de proporção de profissionais e falta de trabalho em equipe, 4. Pressão assistencial e tempo, 5. Falta de incentivos e motivação; ausência de indicadores confiáveis de segurança; comunicação e cultura de segurança; e formação em segurança.

A seguir apresentam-se os resultados discutidos à luz da literatura.

Categoria: Estrutura

O Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde da Organização Nacional de Saúde (versão 2018-2022) define estrutura, adaptado de Donabedian, 1990,

“Corresponde às características da assistência à saúde envolvendo desde estrutura física, recursos físicos, recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros” (ONA, p.139).

De acordo com a Portaria nº 529/2013, a Cultura de Segurança configura-se na cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013a).

Oliveira *et al.* (2014) reconhecem que algumas características da estrutura do serviço de saúde, como existência de profissionais competentes e cientes de suas responsabilidades diante da segurança do paciente, disponibilidade de materiais e dimensionamento adequado da equipe de enfermagem, são oportunidades para promover um cuidado seguro na instituição.

Na opinião dos profissionais, a oferta de recursos é uma das potencialidades da instituição.

“[...] infraestrutura e equipamentos que viabilizam qualidade no atendimento e segurança [...]”

“Possibilidade e métodos diagnósticos e terapêuticos nível 4.”

Por outro lado, a estrutura também foi apontada dentre as fragilidades, como se observa nos relatos abaixo:

“Não ter disponibilidade de recursos nas 24 horas [...]”

“Salas de emergência superlotadas; falta de material com prejuízo a assistência.”

“Poucos funcionários [...] falta de recursos e protocolos.”

“Quadro de funcionários para a nova infraestrutura do setor [...] em casos de pacientes graves.”

Os achados na entrevista vão ao encontro do estudo de Ques, Montoro e González (2010) que aponta como barreiras que afetam o desenvolvimento da segurança a escassa protocolização, os recursos materiais escassos e a inadequação de proporção de profissionais. Ressalta-se que este estudo possui limitações que incluem, principalmente, o fato de ter envolvido somente os enfermeiros assistenciais de um hospital público da cidade de Fortaleza-CE, impossibilitando a generalização dos resultados. No entanto, contribuiu para o conhecimento da temática.

Recursos materiais inadequados ou escassos, e suporte tecnológico deficiente ou inadequado são fatores que dificultam a implantação da segurança e o atendimento às necessidades dos pacientes (QUES, MONTORO E GONZÁLEZ, 2010).

Segundo Vincent in Wachter (2013), são fatores contributivos para as raízes dos erros, no que diz a estrutura, dentre outros, a quantidade de funcionários e capacitação, cargas de trabalho pesadas, falta de protocolos e diretrizes claras.

A promoção da segurança do paciente não pode ser uma atividade paralela à gestão da organização, mas sim a base de trabalho para todo o cuidado.

Categoria: Capacitação e desenvolvimento profissional

Capacitar, periodicamente, os profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e em segurança do paciente é uma das estratégias para a Cultura da Segurança do Paciente (BRASIL, 2013a).

Na percepção dos profissionais, as possibilidades de treinamento e atualização configuram-se dentre as potencialidades institucionais:

“[...] possibilidades de treinamento, atualização e vários meios de comunicação [...]”

Contudo, um profissional apontou como fragilidade questões relacionadas à capacitação da equipe, conforme observa-se no relato abaixo:

“[...] instituição muito grande, com profissionais muito heterogêneos [...] Necessitando de uma equipe de treinamento capacitada e um interesse dos gestores do hospital.”

A capacitação de profissionais acerca da segurança do paciente é um desafio.

Na área de enfermagem, o desenvolvimento do cuidado tem sido baseado mais na tradição do que em evidências. É necessário capacitar e apoiar enfermeiros para identificar e utilizar práticas baseadas em evidências relacionadas à segurança do paciente (SAMMER *et al.*, 2010).

Categoria: Fomento da Cultura de Segurança

Promover a cultura de segurança em uma organização de saúde é, antes de tudo, criar um ambiente no qual o comportamento que promove a segurança do paciente é valorizado como o maior patrimônio da instituição (BRASIL, 2017b).

Um participante identificou, como potencialidade, o interesse da instituição em promover a segurança do paciente, conforme visto no registro abaixo:

“[...] interesse da instituição para realizar a segurança do paciente.”

Contudo, outros participantes apontam como fragilidades a ineficiência da instituição em implementar estratégias para a disseminação da cultura da segurança do paciente, bem como a falta de envolvimento e conscientização dos profissionais acerca do tema:

“Falta eficiência de implementação e cultura da importância da segurança [...]”
“Falta de consciência das pessoas acerca deste fato.”

O fomento da Cultura da Segurança do Paciente deve basear-se na criação e manutenção da cultura, com objetivos organizacionais consistentes com a meta de melhoria da segurança (BRASIL, 2017b).

Segundo *The National Quality Forum* (2010), é preciso promover uma cultura de segurança em todos os âmbitos de serviços de saúde – um componente estrutural básico das

organizações que reflete uma consciência coletiva relacionada a valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. Para isso propõe que as estratégias baseiem-se em quatro práticas: 1. Definir estruturas e sistemas de liderança, onde os líderes devem estar envolvidos no processo de criar e transformar a cultura de segurança do paciente, sendo que estruturas de liderança devem ser estabelecidas com a intenção de sensibilizar, responsabilizar, habilitar e agir em favor da segurança de cada um dos pacientes atendidos; 2. Avaliar a cultura, informar sobre os resultados e intervir, partindo da ideia de que somente podemos melhorar o que podemos medir; 3. Promover o trabalho em equipe; e 4. Identificar e mitigar os riscos e perigos relacionados com a segurança do paciente por meio de um enfoque contínuo de redução dos danos preveníveis.

Categoria: Atuação profissional

A promoção de trabalho em equipe, com um enfoque proativo, sistemático e organizacional de trabalho, contribuindo para a construção de habilidades profissionais e melhoria dos desempenhos das equipes para a redução de danos preveníveis é uma das estratégias para a melhoria e sustentação da Cultura da Segurança do Paciente (BRASIL, 2016b).

No que diz a atuação profissional, os participantes identificaram como potencialidades institucionais:

“Enfermagem consciente e atuante.”

“A equipe tem atenção e preocupação em apresentar e realizar o cuidado sem dano.”

Por sua vez, as fragilidades apontadas foram:

“Falta de adesão e comprometimento de parte do corpo clínico.”

Segundo Neto (2013) os médicos possuem uma visão peculiar sobre a qualidade e segurança do paciente que se baseia em duas premissas: a) Se somos pessoalmente responsáveis pelos cuidados dos pacientes, então devemos ter o total controle e autonomia quanto às decisões relacionadas ao atendimento; b) Se trabalhamos e estudamos arduamente, não cometeremos falhas e incidentes assistenciais. Essas conjeturas fazem com que os médicos, aparentemente, não queiram colaborar com as iniciativas de qualidade e segurança

do paciente promovida pelos gestores hospitalares. A dissonância deriva-se, portanto, da oposição entre a autonomia individual e a visão sistêmica da qualidade e segurança do paciente, que, por sua vez, impõe-se cada vez com maior ênfase em função da crescente complexidade do atendimento médico.

“A fragilidade está na cultura de alguns procedimentos ter agilidade maior no cuidado...”

Uma barreira na prática diária no sistema de saúde envolve regulamentos que limitam o nível de risco permitido. Este nível é ditado por situações nas quais são requeridos níveis elevados de produção e resultados. Quando os limites não existem, isto é, a atitude predominante é “atingir um determinado nível de produção elevado, não importa o que seja preciso”, o sistema em questão é muito inseguro. Quando o desempenho máximo é ilimitado e os indivíduos ou sistemas estão autorizados a tomar decisões autônomas, sem regulamentação ou restrição, o risco de eventos fatais se aproxima de 1×10^2 por exposição. Os profissionais que atuam nestas situações são na maioria das vezes altamente competentes. Níveis de segurança baixos não surgem de incompetência. Os maiores riscos em domínios complexos são efetuados por peritos, que desafiam os limites de seu próprio desempenho máximo. Contudo, observa-se que quanto mais audacioso é o especialista, mais arriscadas são as estratégias dotadas e os mais frequentes resultados adversos são obtidos (BRASIL, 2017b).

Um dos fatores que dificulta o desenvolvimento de ação em prol da segurança é a grande pressão assistencial que sofrem os profissionais. A grande demanda assistencial e a forte carga de trabalho dificultam a procura de evidências científicas (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010).

Vale destacar também o comportamento disruptivo e não profissional por parte dos profissionais envolvidos diretamente no cuidado ao paciente, o que é relativamente comum e pode comprometer a segurança. O comportamento disruptivo inclui comportamentos que demonstram desrespeito pelos outros ou interações interpessoais que impedem a prestação de cuidado ao paciente (WACHTER, 2013).

Competências

A análise de conteúdo do questionário possibilitou também identificar, na percepção dos profissionais, quais as competências (conhecimento, habilidade, atitude) o profissional de

saúde precisa desenvolver para a Cultura da Segurança do Paciente, a partir de 06 categorias: Prática Baseada em Evidência; Comunicação; Percepção do Risco; Cuidado Centrado no Paciente; Gestão de Conflitos; Liderança. É importante ressaltar que, de acordo com o instrumento aplicado (Apêndice III), os profissionais tiveram como opção responder quais são as competências em um espaço aberto, ou responder especificamente enquanto conhecimento, habilidades e atitudes. A seguir apresentam-se os resultados tendo a literatura como arcabouço para as discussões.

Categoria: Prática Baseada em Evidência

O termo evidência tem sido muito usado na área da saúde, principalmente com o surgimento da medicina baseada em evidências; a utilização desse termo implica o uso e aplicação de pesquisas como base para a tomada de decisões sobre a assistência à saúde (HUMPRIS, 1999).

A Prática Baseada em Evidência, por sua vez, é uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino, fundamentada no conhecimento e qualidade da evidência; envolve a definição do problema clínico, identificação das informações necessárias, condução da busca de estudos na literatura, avaliação crítica da literatura, identificação da aplicabilidade dos dados oriundos dos estudos e a determinação de sua utilização para o paciente (STOTTS, 1999).

No que tange a segurança do paciente, a necessidade crescente de diminuir complicações evitáveis e prevenir os erros serve como um catalisador significativo para incentivar o uso da prática baseada em evidências à beira do leito, possibilitando a diminuição de complicações evitáveis (BRASIL, 2017b).

Nesse contexto, a partir dos registros dos profissionais abaixo, foi possível identificar, na percepção desses, que a prática baseada em evidência é uma competência necessária ao profissional de saúde, uma vez que possibilita a integração da melhor pesquisa com a experiência clínica e os valores do paciente para o cuidado ideal e a participação das atividades de aprendizado e pesquisa (GREINER; KNEBEL, 2003).

“Raciocínio lógico organizado, equipe ser treinada das prioridades.”

“Nível de experiência alta.”

“Atualização, capacitação.”

“Nível de técnicas alta.”

“Aprimoramento, atuação.”

“Treinamentos, bom senso.”

Os processos para o cuidado ao paciente devem ser desenhados para alcançar alta confiabilidade. Instituições de saúde que demonstram usar as melhores práticas baseadas em evidências, por meio de processos padronizados, protocolos, *checklist* e *guidelines* demonstram sua preocupação em desenvolver práticas seguras (SAMMER *et al.*, 2010).

“Seguir protocolos com treinamentos.”

“Treino e uso contínuo.”

Os profissionais de saúde que prestam cuidado ao paciente são elementos chave no processo de evitar erros, impedir decisões ruins, referente aos cuidados e também de assumir um papel de liderança no avanço e no uso de estratégias para promover a segurança e qualidade do cuidado. É imprescindível repensar a prática, e saber que é possível reduzir complicações para o paciente. Existe grande interesse em encontrar maneiras de tornar a assistência de saúde mais segura para os pacientes. É imperativo que os profissionais de saúde sejam capazes de empregar ações mais efetivas para evitar resultados não desejáveis. Expertos em segurança referem que o cuidado de saúde de alta qualidade pode ser obtido por meio do uso da Prática Baseada em Evidência. A verificação de que a Prática Baseada em Evidência pode diminuir as complicações e eventos adverso ao paciente, fica perceptível que os hospitais e líderes de enfermagem criem estruturas e processos para promover o desenvolvimento e implementação de tais práticas (BRASIL, 2017b).

Categoria: Comunicação

A comunicação é a principal ferramenta que possibilita o relacionamento, pressupondo uma interação entre as pessoas, troca ou partilha de opiniões, informações e, mesmo, a expressão de sentimentos e emoções (GOMÉZ, 2005).

A comunicação foi identificada por um dos profissionais como uma competência necessária para a segurança do paciente.

Uma linguagem clara, estruturada, com técnicas corretas de comunicação é fundamental para a promoção de uma cultura de segurança do paciente (SAMMER *et al.*, 2010).

Observa-se, no relato abaixo, que o profissional identificou a comunicação como uma competência para o relacionamento com pacientes e familiares:

“Orientar pacientes e familiares”

A comunicação é um método adotado pelo serviço de saúde para assegurar a transferência de informação entre plantões, departamentos e unidades (SAMMER *et al.*, 2010). A equipe não deve presumir que os outros vão pensar da mesma forma, ou ter a mesma percepção de uma situação (VINCENT, 2010).

Vale ressaltar também que a comunicação faz-se essencial também nas relações interprofissionais quando o foco é a segurança do paciente. Sammer *et al.* (2010) destaca que promover feedback e criar laço de confiança entre membros da equipe é uma importante propriedade da cultura de segurança. Os profissionais que trabalham na linha de frente do cuidado querem ser ouvidos e reconhecidos pelos gestores.

Enfatiza-se, portanto, que a comunicação é uma importante competência para a cultura da segurança do paciente, uma vez que problemas de comunicação acarretam transtornos nas atividades da equipe, levando os profissionais a culparem uns aos outros pelas falhas, o que ocasiona desgaste emocional, atrasos e/ou omissão na administração de medicamentos, além de gerar gastos desnecessários às instituições hospitalares (SILVA *et al.*, 2007).

Categoria: Percepção do Risco

A percepção de risco é entendida como o processamento de sinais físicos e/ou informações sobre eventos ou atividades potencialmente perigosos e a formação de julgamento sobre a seriedade, probabilidade e aceitabilidade de um respectivo evento ou atividade (RENN, 2008). Segundo Giulio *et al.*, 2015, fatores sociais e culturais influenciam direta e indiretamente as percepções que os indivíduos têm sobre diferentes riscos.

Os registros abaixo demonstram que os profissionais identificam a capacidade em perceber o risco no processo de cuidar como uma competência para a segurança do paciente:

“Prever os potenciais riscos.”

“Conhecimentos sobre os principais riscos; sobre como evita-los.”

A atitude de identificação de riscos é considerada uma estratégia para o estabelecimento da cultura de segurança nas instituições de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Categoria: Cuidado Centrado no Paciente

A promoção da participação e do envolvimento do paciente e da família, nos mais variados níveis dos cuidados de saúde, representa benefícios para os pacientes, para os profissionais de saúde e as organizações, bem como desempenham um papel importante na promoção da sua segurança (SANTOS; GRILO, 2014).

Os relatos abaixo relacionam-se com a atitude profissional esperada na relação profissional-paciente:

“Respeito, empatia.”
“Maior atenção, empatia[...].”

Percebe-se também a importância de ações que possibilitem tornar o paciente um parceiro da equipe de saúde.

“Desejo de desenvolver;”
“Adesão, comprometimento, cuidado.”

O paciente pode ser um parceiro relevante na identificação de sinais de complicações do tratamento e, conseqüentemente, na necessidade e no reajuste dos planos de intervenção, bem como na prevenção de eventos adversos. A participação do paciente e da família como parceiros promove a qualidade dos cuidados, aumenta a autoestima dos pacientes e incrementa a segurança do paciente ao tornar possível, não apenas a identificação atempada/oportuna de potenciais problemas, mas também o desenvolvimento de soluções mais eficazes (isto é, que atendam às necessidades dos pacientes) para os problemas encontrados. (SANTOS; GRILO, 2014).

Categoria: Gestão de conflitos

Conflitos são inevitáveis conseqüências das interações entre as pessoas. Pode ser definido como desacordo interno ou externo resultantes de diferenças de ideias, valores, culturas ou sentimentos de duas ou mais pessoas (MARTA *et al.*, 2010).

Os conflitos organizacionais interferem na dinâmica do processo de trabalho e das relações interpessoais se não forem analisados e gerenciados de forma adequada. Causa diversos problemas no clima organizacional, nos processos de mudança, na comunicação, na agilidade do processo decisório, na produtividade dos trabalhadores, enfim, no atendimento prestado aos usuários (FALK, 2001).

“Nível de tranquilidade, redução do stress.”

A gestão de conflitos constitui-se como uma ferramenta para conquistar aliados e favorece a promoção da cultura da segurança do paciente.

Categoria: Liderança

A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

É um elemento chave para concepção, promoção e criação de uma cultura de segurança e permeia todos os níveis da organização (SAMMER *et al.*, 2010).

“Proatividade.”

“Humanização do funcionário.”

A cultura de segurança impulsiona os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos por meio de uma liderança proativa (SAMMER *et al.*, 2010).

O líder, no processo de iniciação e implantação da cultura de segurança, deve conduzir os liderados por meio da comunicação efetiva, da promoção do desenvolvimento profissional, através de capacitações, do incentivo às práticas seguras e da realização do feedback a partir da análise dos eventos (ONÃ, 2012).

A compreensão das competências profissionais acerca da segurança do paciente facilita o entendimento do processo de implantação de uma cultura de segurança nas instituições e direciona profissionais para a sua implantação.

Destaca-se, portanto, a necessidade de uma visão integradora das competências junto à prática profissional, integrando a capacidade de mobilizar e combinar, diante de questões de ordem profissional, um conjunto de conhecimentos especializados e saberes tácitos, habilidades e atitudes, desenvolvidas ao longo da trajetória de vida do trabalhador. Para um

bom desempenho profissional, voltado para a segurança do paciente, é necessária a mobilização de atributos ou capacidades, estas também adquiridas da formação, como: capacidades cognitivas (conhecimento), psicomotoras (destrezas e habilidades) e afetivas (valores, postura e atitudes), as quais servem de base para a adequada ação profissional (ARAÚJO, 2007).

Os registros abaixo realizados pelos participantes no instrumento de entrevista foram excluídos pois não contribuíram para a identificação das competências necessárias aos profissionais de saúde acerca da segurança do paciente:

“Conhecimento: individualidade;”

“Participar de aulas, workshops, ter slides ilustrativos. O profissional executa o que ele sabe muitas vezes sem uso da técnica adequada. Muitas vezes não são proativos.”

“Capacitação, cursos de aprimoramento.”

“Realizar sem ordem.”

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da Cultura da Segurança do Paciente mostrou-se como um elemento essencial nos esforços a serem empreendidos para a melhoria da segurança do paciente

A partir da análise dos resultados é possível evidenciar que a percepção dos profissionais acerca da Cultura da Segurança do Paciente, na instituição estudada, está em situação de alerta e necessita de intervenções a curto e médio prazo.

Chama a atenção a cultura do medo enraizada nos profissionais de saúde. Esse fato pode ser corroborado com a recusa de alguns profissionais em participar dessa pesquisa, devido à preocupação de represálias por parte de sua liderança, bem como a percepção de uma cultura punitiva frente a ocorrência de erros no cuidado de saúde, identificada por meio dos resultados encontrados na análise estatística da escala tipo likert e das análises de conteúdo. É importante destacar que o medo leva a subnotificações de eventos, o que pôde também ser evidenciado nas análises realizadas.

Outro aspecto de relevância encontrado é a percepção do profissional acerca do pouco envolvimento da alta direção na promoção de estratégias para a segurança do paciente, compreendida a partir da atitude reativa adotada frente aos eventos identificados, da ausência de medidas preventivas e da gestão de riscos. Nesse sentido, observou-se, a partir do levantamento dos protocolos institucionais, a pouca produção de documentos oficialmente publicados sobre ações para a segurança do paciente. Não foi possível observar, minimamente, o atendimento a todos os protocolos básicos definidos pela OMS, conforme determinado pela legislação nacional vigente.

Verificou-se que há um Núcleo de Segurança do Paciente estabelecido, conforme legislação, o qual é responsável pelo recebimento das notificações dos eventos de queda e de lesão por pressão, e de um Núcleo de Vigi Pós responsável pelo recebimento das notificações da suspeita de um evento adverso envolvendo produtos de uso hospitalar ou de um produto que apresente problemas aparentes de perda da qualidade. Contudo, não foi evidenciada uma sistemática para tratativa dos eventos quanto a análise de causa raiz, proposição de ações de melhorias e *feedback* aos profissionais. Dessa forma, deixa-se de utilizar os eventos como fontes de informações capazes de promover a aprendizagem e a maturidade gerencial.

Ressalta-se também a fragilidade evidenciada nos processos de comunicação, no que concerne às transferências dos pacientes e/ou troca de turnos e equipes, o que impacta na continuidade da assistência.

A educação, a conscientização e o engajamento de pacientes e familiares são aspectos importantes a serem considerados nos planos de ação das instituições de saúde para promover a qualidade dos serviços e a segurança do paciente (BRASIL 2017b). Porém, a falta de envolvimento do paciente nas questões de segurança do paciente, foi um dos resultados encontrados. Ainda, segundo a literatura, a atitude defensiva dos profissionais de saúde é uma grande barreira a ser removida, além da resistência, do distanciamento emocional e atitudes negativas que podem reduzir significativamente a eficácia do envolvimento dos pacientes (BRASIL 2017b). A ausência de envolvimento do paciente leva a perda de sua confiança no serviço de saúde, bem como prejudica a relação profissional-paciente.

Os profissionais identificaram, como fator de risco para o cometimento de erros no cuidado em saúde, o cansaço físico, a carga de trabalho excessiva e as situações de tensão. Este é um ponto que merece atenção, uma vez que é comum profissionais de saúde acumularem mais de um vínculo empregatício. Ainda no que diz aos recursos humanos, apontou-se também fragilidades no que diz ao dimensionamento de profissionais para a demanda assistencial, e à qualificação quanto as competências e habilidades necessárias para a segurança do paciente.

O trabalho em equipe foi outro aspecto identificado em zona de atenção, no que refere a falta de comprometimento da equipe com a colaboração interprofissional.

A OMS sustenta que a cultura é um fator que pode afetar todos os processos e defesas do sistema para melhor ou para pior, e que as organizações prestadoras de cuidados de saúde contêm pelo menos dois obstáculos para fortalecer a cultura de segurança: a crença de que, quando se treina o profissional, o problema está resolvido e; a tendência em estigmatizar e punir a falibilidade, equiparando o erro à incompetência (SOUSA, 2014). Essas afirmações vão ao encontro dos achados nesse estudo. Observou-se que os profissionais identificaram como potencialidade da instituição a possibilidades de treinamentos, contudo, o mesmo tópico foi apontado como uma fragilidade, no que diz a capacitação e desenvolvimento dos profissionais acerca da segurança do paciente, bem como a ausência de estratégias capazes de fomentar a cultura da segurança do paciente. Ainda em linha com o apresentado, chamou a atenção a percepção da cultura punitiva frente a ocorrência de erros, conforme já discorrido acima.

Quanto aos aspectos positivos e as potencialidades institucionais, observa-se o sentimento de apoio entre os membros das equipes, a divulgação dos alertas sanitários às interfaces interessadas, os recursos disponíveis, as possibilidades de treinamentos e o interesse em promover a segurança do paciente.

No que diz as competências profissionais necessárias para a segurança do paciente, observa-se uma dificuldade na compreensão dos participantes acerca do assunto. Dessa forma, optou-se por analisar, à luz da literatura.

De maneira geral a minha percepção é que a satisfação do profissional com seu ambiente de trabalho influi na percepção dele quanto a cultura da segurança do paciente.

A qualidade na prestação de serviços e cuidados se caracteriza pela competência profissional, pela existência de recursos resolutivos, diminuição de lesões provindas da assistência, a satisfação dos pacientes e a facilidade de acesso aos serviços de saúde.

Acredita-se que essa pesquisa poderá trazer benefícios aos pacientes, profissionais, instituição hospitalar e ao sistema de saúde, pois conhecer a percepção dos profissionais de saúde do hospital sobre a cultura da segurança do paciente e procedimentos adotados por profissionais de saúde fornecem indicadores sobre a segurança do paciente.

Esse estudo me instrumentalizou a propor ações educativas em saúde por meio de um programa de educação permanente para o desenvolvimento profissional e de ações gerenciais, no sentido de disseminar a cultura da segurança do paciente na instituição hospitalar estudada. A partir dos marcos teóricos apresentados, foi possível evidenciar que a educação permanente constitui-se em uma importante estratégia para desenvolver, nos profissionais de saúde, as competências para a segurança do paciente, tais como liderança, trabalho em equipe e a prática colaborativa, comunicação, cuidado centrado no paciente, e proatividade frente aos riscos.

Como produto final deste estudo elaborou-se um programa de educação permanente de profissionais de saúde, com vistas a proporcionar conhecimento funcional em segurança do paciente e em áreas correlatas, reforçar as competências relacionadas à segurança e desenvolver a Cultura da Segurança do Paciente nos processos de trabalho.

Conclui-se que reconhecer a importância e o impacto da cultura da segurança do paciente nas organizações de saúde é imperativo para desenvolver qualquer tipo de programa de segurança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**. Jan-jul 2011; 1(1). Brasília: GGES/ANVISA, 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em: 20 Jan. 2015.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - AHRQ. **Efforts to improve patient safety result in 1.3 million fewer patient harms: interim update on 2013 annual hospital-acquired condition rate and estimates of cost savings and deaths averted from 2010 to 2013**. Rockville, MD. 2014. Publication n.15-0011-EF. Disponível em <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/interimhacrate2013.html>. Acesso em: 11 Mar. 2018.

AGRELI, H.F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*, **Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, dez. 2016.

AIKEN, L.H.; CLARKE, S.P.; SLOANE, D.M. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. **JAMA**. v. 288, p.1987-1993, 2002.

AMALBERTI, R.; AUROY, Y.; BERWICK, D.; BARACH, P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. **Ann Intern Med**. v. 142, p.756-64, 2005.

ARANAZ-ANDRÉS, J.M.; AIBAR-REMÓN, C.; LIMÓN-RAMÍREZ, R.; AMARILLA, A.; RESTREPO, F.R.; URROZ, O.; SARABIA, O.; GARCÍA-CORCUERA, L.V.; TEROL-GARCÍA, E.; AGRA-VARELA, Y.; GONSETH-GARCÍA, J.; BATES, D.W.; LARIZGOITIA, I.; IBEAS team. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). **BMJ Qual Saf**, v.20, n.12, p.1043- 051, Dec, 2011. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21712370>. Acesso em: 11 Mar. 2018.

ARAÚJO, D. Noção de competência e organização curricular. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.31, n.1, p.32-43, 2007.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Organizadores). **Docência em saúde: temas e experiências**. 2. Ed. São Paulo: SENAC-SP, 2014.

BATISTA, S.H. ROSSIT, R.A.S. **Aprendizagem, Ensino, Formação em Saúde: das experiências às teorias em construção**. IN: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Organizadores). **Docência em saúde: temas e experiências**. 2. Ed. São Paulo: SENAC-SP, 2014.

BOHOMOL, E.; FREITAS, M.A.O.; CUNHA, I.C.K.O. Ensino da Segurança do Paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.20, ed.58. p.727-741, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/1807-5762-icse-1807-576220150699.pdf>. Acesso em: 12 Jun. 2017.

BOHOMOL, E. **Erros de medicação**: causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2002.

BRASIL. [Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016a. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1 . Acesso em 11/06/2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 569 de 8 de dezembro de 2017. Anexo Parecer Técnico nº 300/2017 à Resolução nº 569, de 19 de Janeiro de 2018. Publicada DOU nº 38, seção 01, 26/02/2018, p. 85-90. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em 01/04/2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017a. Disponível em <https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2017/09/Caderno-7-Gest%C3%A3o-de-Riscos-e-Investiga%C3%A7%C3%A3o-de-Eventos-Adversos-Relacionados-%C3%A0-Assist%C3%A2ncia-%C3%A0-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 18/03/2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017b. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%A2ncia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em 10/04/2018

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília(DF): ANVISA; 2016b. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>. Acesso em 13/04/2018.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 jun. 2014b. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>. Acesso em 18/04/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/ Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n° 529 de 1 de abril de 2013a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 1 ed, 2013b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Saúde e ANVISA lançam ação para a segurança do paciente, 2013c. Disponível em: <http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/bzu8>. Acesso em 22/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC n° 36, de 25 de julho de 2013d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em 20/01/2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Norma da ANVISA regulamenta a segurança do paciente. 2013e. Disponível em: <http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/ciXH>. Acesso em 25/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em 12/06/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem: práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em 30/03/2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, nº 32/2004, 2004a.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em 18/04/2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm . Acesso em 11/06/2017.

CAMERINI, F.G.; SILVA, L.D. Segurança do Paciente: Análise do Preparo de Medicação Intravenosa em Hospital da Rede Sentinela. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.1, p.41-9, Jan-Mar, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/05.pdf>. Acesso em: 08 Abr. 2018.

CAMPOS, C.J.G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v.57, n.5, p.611-4, 2004.

CAPUCHO, H.C.; ARNAS, E.R.; CASSIANI, S.H.B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 1, p. 164-172, Mar. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100021. Acesso em: 08 Abr. 2018.

CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI, S.H.B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form* 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet], v.20, n.3, 2012 [8 telas]. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 10 Jan. 2017.

CASSIANI, S.H.B. **A utilização de indicadores no âmbito da enfermagem nas instituições hospitalares**. In: Cassiani SHB, organizadora. Hospitais e medicamentos: impacto na segurança dos pacientes. São Caetano do Sul: Yendis; 2010. p. 65-80.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 975-986, Dec. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jun. 2017.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004. Acesso em: 12 Jun. 2017

COLLA, J.B.; BRACKEN, A.C.; KINNEY, L.M.; WEEKS, W.B. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**. v.14, p.364–366, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Projeto competências**. São Paulo: COREN; 2008.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; ROBERTO, B.A.D.; DAIBERT, P.B. **Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**, Belo Horizonte, 2017. Disponível em https://www.iess.org.br/cms/rep/anuario_atualizado_0612.pdf. Acesso em: 11 Mar. 2018.

DALMORO, M.; VIEIRA, K.M. Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: o Número de Itens e a Disposição Influenciam nos Resultados? **RGO Revista Gestão Organizacional**, volume 6 – edição especial, 2013, p. 161-174.

EDREES, H.H.; PAINE, L.A.; FEROLI, E.R.; WU, A.W. Health care workers as second victims of medical errors. **Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej**. v.121, n.4, p.101-107, 2011. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21532531>. Acesso em: 10 Abr. 2018.

FALK, M.L.R. A competência gerencial nos conflitos interpessoais. *REAd. Rev. Eletronica Adm*, 2001; 22 (7) Disponível em http://www.read.ea.ufrgs.br/edicoes/pdf/artigo_118.pdf. Acesso em: 25 Abr. 2018.

FERREIRA, B.J.; BATISTA, S.H.; BATISTA, N.A. **O Processo de ensino/aprendizagem no mestrado profissional – MP - Norte**: análise de uma experiência. IX Congresso Internacional sobre Investigación en Didáctica de las Ciencias. Girona. 2013, septiembre 9-12. p 1246-1251. Disponível em <http://www.raco.cat/index.php/Ensenanza/article/view/307132/397112>. Acesso em 12/03/2018

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003. Acesso em: 24 Mar. 2018.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de Conteúdo**. Brasília, 4ª edição: Liber Livro, 2012, 86p.

FRANK, J. R.; BRIEN, S. **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions**. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute; 2008. Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>. Acesso em: 10 Abr. 2018.

GANDHI, T.K.; KAUSHAL, R.; BATES, D.W. Introdução à segurança do paciente. In: Cassiani SHB, Ueta J. **A segurança de pacientes na utilização da medicação**. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 1

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIULIO, G.M.D.; VASCONCELLOS, M.P.; GÜNTHER, W.M.R.; RIBEIRO, H.; ASSUNÇÃO, J.V. Percepção de risco: um campo de interesse para a interface ambiente, saúde e sustentabilidade. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.4, p.1217-1231, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01217.pdf>. Acesso em: 21 Abr./2018.

GREINER, A.C.; KNEBEL, E.; Editors. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. **Health Professions Education: A Bridge to Quality**. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221528/pdf/Bookshelf_NBK221528.pdf. Acesso em: 29 Mar. 2018.

HARADA, M.J.C.S.; PEDREIRA, L.G.M.; PETERLINI, M.A.S.; PEREIRA, S.R.; editores. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu; 2006.

HOELZ, L.; CAMPELLO, L. Relação entre Síndrome de Burnout, erro médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina. **Rev Bras Med Trab**. 2015;13(2):126-34 <http://files.bvs.br/upload/S/1679-4435/2015/v13n2/a5281.pdf>. Acesso em 08 Abr. 2018.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL. POP.ENF.002. Prevenção de Queda do Paciente Adulto Internado. Rev.00, 2016a; 1-3.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL. POP.ENF.003. Conduas de Enfermagem na Ocorrência de Queda do Paciente Adulto Internado. Rev.00, 2016b; 1-2.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL. POP.ENF.005. Identificação do Paciente a Beira Leito. Rev.00, 2016c; 1-3.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL. POP.ENF.008. Identificação do Paciente Adulto e Pediátrico. Rev.00, 2016d; 1-3.

HUDSON, P. Applying the lessons of high risks industries to health care. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12(Suppl. 1): i7-i12. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765769/>. Acesso em: 02 Abr. 2018.

HUMPRIS, D. Types of evidence. In: Hamer S, Collinson G. *Achieving evidence-based practice: a handbook for practitioners*. London: Baillière Tindall; 1999. p.13-40. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000112&pid=S0080-6234200300040000500008&lng=pt. Acesso em 21/04/2018.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Patient safety**: achieving a new standard for care. EUA: IOM; 2004. Disponível em: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10863&page=R22. Acesso em: 14 Abr. 2018.

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL. IAMSPE. ORDEM DE SERVIÇO IAMSPE nº 03, DE 07 DE ABRIL DE 2017.

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL. IAMSPE. ORDEM DE SERVIÇO IAMSPE HD nº 16, DE 19 DE AGOSTO DE 2015a.

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL. IAMSPE. Protocolo de Enfermagem Prevenção de Úlcera por Pressão. 2015b.

JANSEN, B.F.; BATISTA, S.H.; BATISTA, N. **O processo de ensino/aprendizagem no mestrado profissional – MP Norte**: análise de uma experiência. IX Congresso Internacional sobre Investigación em Didáctica de las Ciencias. Girona, set. 2013, p. 1246-1251.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Patients as Partners in the Infection Prevention and Control Process**. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission International; 2009.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S.; MCKAY, T.; PIKE, K.C. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

LISTYOWARDOJO, T.A.; NAP, R.E.; JOHNSON, A. Variations in hospital worker perceptions of safety culture. *Int J Qual Health Care*. v.24, n.1, p.9–15, 2012.

LISTYOWARDOJO, T.A.; YAN, X.; LEYSHON, S.; RAY-SANNERUD, B.; YAN YU, X.; ZHENG, K.; DUAN, T. A safety culture assessment by mixed methods at a public maternity and infant hospital in China. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, v.10, p.253-262, 2017. Disponível em: <https://www.dovepress.com/a-safety-culture-assessment-by-mixed-methods-at-a-public-maternity-and-peer-reviewed-article-JMDH>. Acesso em: 27 Jul. 2017.

LOPEZ, M.F.A.; WEGNER, W. Eventos adversos no cuidado da criança: concepções de familiar/cuidador na atenção básica. **Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre**, v. 6, n. 3, p. 190-196, set./dez. 2013.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MAGALHÃES, A.M.M.; DALL'AGNOL, C.M; MARCK, P.B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 21(Spec): jan.-fev. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf. Acesso em: 07 Abr. 2018.

MAKARY, M.A.; DANIEL, M. **Medical error** - the third leading cause of death in the US. **BMJ**, v.353, n.2139, p.1-5, 2016. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>. Acesso em: 11 Mar. 2018.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. Editora Atlas, 7 ed., 2010.

MARTA, C.B.; LACERDA, A.C.; CARVALHO, A.C.; STIPP, M.A.C.; LEITE, J.L. Gestão de Conflitos: Competência Gerencial do Enfermeiro. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):604-608. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1062>. Acesso em: 10 Abr. 2018.

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, A. The Assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.4, p.279-284, 2009.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. Fiocruz: RJ, 2010.

MINAYO, M. C. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K. ; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p.21-42

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

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010a;34(1):92-96. Disponível em https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf. Acesso em: 30 Mar. 2018.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.4, p.814-827, 2010b. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29705/31580>. Acesso em: 09 Abr. 2018.

NASSER, F.N.; CASTILHO, V. O custo direto do programa de treinamento em ressuscitação cardiopulmonar em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP** [internet]. 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a11.pdf>. Acesso em: 08 Abr. 2018.

NEILY, J.; MILLS, P. D.; YOUNG-XU, Y. *et al.* Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. **JAMA**. v.304, p.1693-700, 2010.

NETO, A.Q. Médicos, qualidade dos serviços e segurança do paciente. Blog. 2013. **Portal Setor Saúde**. Disponível em <https://setorsaude.com.br/antonioquinto/2013/02/05/medicos-qualidade-dos-servicos-e-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 21 Abr. 2018.

OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Certificação de Competências Profissionais**. Análise Qualitativa do Trabalho, Avaliação e Certificação de Competências: referenciais metodológicos. Brasília: OIT; 2002. Disponível em http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/certification/pub/certificacao_analise_referenciais_200.pdf. Acesso em: 30 Mar. 2018.

OLIVEIRA, R.M.; LEITÃO, I.M.T.A.; SILVA, L.M.S.; FIGUEIREDO, S.V.; SAMPAIO, R.L.; GONDIM, M.M. Estratégias para promover segurança do paciente. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**. v.18, n.1, Jan-Mar, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>. Acesso em: 15 Abr. 2018.

ONÃ, P.M.P. **Are there differences in patient safety between different countries using the HSOPSC?** [Master of Public Health]. Copenhagen. (DK): Copenhagen University; 2012.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Versão 2018-2022. Volume 1, São Paulo, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [Internet]. ANVISA lança **Boletins sobre a Segurança do Paciente**. Brasil. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2516&Itemid=77. Acesso em 20/01/2015.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MEIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.3, p.478-484, Sept., 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12/06/2017.

PASQUALI, L. (org.) **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília (DF): Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 1996.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I.J.; GERMANI, A.C.C.G.; SILVA, J.A.M.; SOUZA, G.C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**. v.47, n.4, p.977-83, 2013

PEREGO, M.G.; BATISTA, N.A. Aprendizagens Compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.10, n.4, p.39-51, dez, 2016.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1527- 1534, set.-out. 2003.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Editora Artmed, 1.ed., 1999.

PRONOVOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Quality & safety in health care**, v.14, n.4, p.231-233, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744052/pdf/v014p00231.pdf>. Acesso em: 27 Jul. 2017.

PROQUALIS. Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (BR), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Taxonomia - Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS)** [slide]. Rio de Janeiro, RJ: PROQUALIS, 2010. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000000656WAuTm7.ppt>. Acesso em: 20 Jan. 2015.

QUADRADO, E.R.S.; TRONCHIN, D.M.R. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.20, n.4, Ribeirão Preto July/Aug. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400005&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 14 Abr. 2018.

QUES, A.A.M.; MONTORO, C.H.; GONZÁLEZ, M.G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.18; n.3, [08 telas] mai-jun, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf. Acesso em: 14 Abr. 2018.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**. v.18, n.320(7237), p.768-770, Mar, 2000 Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>. Acesso em: 05 Jul. 2017.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre, 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**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, n.2199-2210, 2012.

REIS, C. T. Cultura em segurança do paciente. In: Sousa, Paulo (Org.) **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Paulo Sousa e Walter Mendes (Org.). Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014.

RENN, O. **Risk governance: coping with uncertainty in a complex world**. London: Earthscan, 2008.

RODRIGUES, C.C.F.M.; SANTOS, V.E.P.; SOUSA, P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. **Rev. Bras. Enferm.**, v.70, n.5, Brasília set./out., 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501083&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 09 Abr. 2018.

ROSA, T. A importância da gestão estadual na segurança do paciente. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. ano VIII, número 26 janeiro, fevereiro e março de 2018. p.14-22. Disponível em http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/02/CONSENSUS_26.pdf. Acesso em: 12 Abr. 2018.

ROSSIT, R.A.S.; BATISTA, S.H.; BATISTA, N.A. **Formação interprofissional em saúde: percepção de egressos de cursos de graduação da UNIFESP - Baixada Santista**. Atas do IX Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – IX ENPEC Águas de Lindóia, SP – 10 a 14 de Novembro de 2013. Disponível em <http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/ixenpec/atas/resumos/R1395-1.pdf>. Acesso em: 15 Abr. 2018.

RUNCIMAN, W.B.; WILLIAMSON, J.A.; DEAKIN, A.; BENVENISTE.; BANNON, K.; HIBBERT, P.D. An integrated framework for safety, quality and risk management: an information and incident management system based on a universal patient safety classification. **Qual Saf Health Care**. v.15, p.82-90, 2006. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17142615>. Acesso em: 09 Abr, 2018.

SALUM, N.C.; PRADO, M.L. A Educação Permanente no Desenvolvimento de Competências dos Profissionais de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 301-8. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00301.pdf. Acesso em: 30 Mar. 2018.

SAMMER, C.E.; LYKENS, K.; SINGH, K.P.; MAINS, D.; LACKAN, N.A. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. **Jornal Nursing Scholarship**. v.42, n.2, p.156-165, 2010.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Metodologia da Pesquisa**. 5.ed. Editora Penso, 2013.

SANTOS, M. C.; GRILO, A. M. **Envolvimento do paciente**: desafios, estratégias e limites. In: Paulo Sousa e Walter Mendes (Org.). *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014.

SÁ-SILVA, J.K.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v.1, n.1, 2009. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>. Acesso em: 20 Jan. 2015.

SCHWENDIMANN, R.; MILNE, J.; FRUSH, K.; AUSSERHOFER, D.; FRANKEL, A.; SEXTON, J. B. A closer look at associations between hospital leadership walkrounds and patient safety climate and risk reduction: a cross-sectional study. **Am J Med Qual**. v.20, n.10, p.1-8, 2013

SILVA, A.E.B.C.; CASSIANI, S.H.B.; MIASSO, A.I.; OPITZ, S.P. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta paul. enferm.** v.20, n.3, p.272-6, 2007. Disponível em <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v20/n3/v20n3a5.pdf>. Acesso em: 15 Abr. 2018.

SILVA, E.V.M.; OLIVEIRA, M.S.; SILVA, S.F.; LIMA, V.V. **A Formação de Profissionais de Saúde em Sintonia com o SUS**. 2008. Disponível em http://www.cosemsms.org.br/files/publicacoes/formacao_profissionais_2008.pdf. Acesso em: 18 Abr. 2018.

SMITS, M.; CHRISTIAANS-DINGELHOFF, I.; WAGNER, C.; WAL, G. van der; GROENEWEGEN, P.P. The psychometric properties of the “Hospital Survey on Patient Safety Culture” in Dutch hospitals. **BMC Health Services Research**. n.8, p.230, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2588576/>. Acesso em: 24 Maio. 2017.

SOUSA, P. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014.

SOUSA, P.; FURTADO, C.; REIS, V. **Patient safety research**: a challenge for public health. In: Ovretveit J, Sousa P, editors. *Quality and safety improvement research: methods and research practice from the International Quality Improvement Network (QIRN)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; MMC Karolinska Institutet; 2008. p.45-56.

STOTTS, N.A. Evidence-based practice what is it and how is it used in wound care. **Nurs Clin N Am**. v.34, n.4, p. 955-63, December, 1999.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. **Safe Practices for Better Healthcare 2010 update**. Washington: The National Quality Forum: 2010.

THOMPSON, M.A. **Patient Safety**. In: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC): Of infection control and epidemiology. 3.ed. Washington: 2009. p.12-1/15.

ULLSTRÖM, S.; SACHS, M.A.; HANSSON, J.; ØVRETVEIT, J.; BROMMELS, M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. **BMJ Quality & Safet** (published online). v.0, p.1-7, 2013.

UFRGS/MEC. UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE DO SUL. **EducaSaúde**; BRASIL. Ministério da Saúde. Docência na Saúde: uma proposta didático-pedagógica. Brasília, DF, 2015.

VINCENT, C. A evolução da segurança do paciente. In: Vincent C. Segurança do paciente: orientação para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009. p. 15-40.

VINCENT, C. Patient safety / Charles Vincent – 2nd ed. BMJ Books, 2010. Disponível em [http://file.zums.ac.ir/ebook/011-Patient%20Safety-Charles%20Vincent-1405192216-BMJ%20Books-2010-432-\\$71.pdf](http://file.zums.ac.ir/ebook/011-Patient%20Safety-Charles%20Vincent-1405192216-BMJ%20Books-2010-432-$71.pdf). Acesso em: 10 Abr. 2018.

VRIES, E.N.; RAMRATTAN, M.A.; SMORENBURG, S.M.; GOUMA, D.J.; BOERMEESTER, M.A. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Qual Saf Health Care**, v.17, p.216-223, 2008.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013, 478p.

WEGNER, W.; SILVA, S.C.; KANTORSKI, K.J.C.; PREDEBON, C.M.; SANCHES, M.O.; PEDRO, E.N.R. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery**. v.20, n.3, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>. Acesso em: 15 Abr, 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1. Final Technical Report January 2009. p 140. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 17 Mar, 2018.

WHO - World Health Organization, World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Final Technical Report. Geneva: WHO; 2009b. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 25 Mar. 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**: Forward Programme 2008-2009.1.ed. Genebra, 2008a.

WHO - World Health Organization , World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: WHO; 2008b. Sections III e IV, p. 49-90. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf. Acesso em: 25 Mar. 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: WHO; 2010. Disponível em
http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/. Acesso em: 11 Mar. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE I



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Essas informações estão sendo fornecidas para autorização da sua participação voluntária no estudo “**Análise da Cultura da Segurança do Paciente na percepção de profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo**”, que está sendo desenvolvida no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob orientação da Prof^{ra}. Dr^a. Rosana Aparecida Salvador Rossit, que tem por objetivo analisar a cultura da segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a responder um questionário em escala Likert, com o objetivo de analisar a sua percepção sobre a cultura da Segurança do Paciente, a fim de desenvolver um programa de formação e desenvolvimento profissional com estratégias educativas e gerenciais capazes de disseminar sistematicamente a cultura da segurança do paciente na instituição hospitalar estudada. O tempo que irá dispor para responder o questionário será de aproximadamente 15 minutos. A entrevista poderá ser realizada com o objetivo de aprofundar os dados obtidos da etapa de questionário.

Risco, de acordo com a Resolução Normativa 466/12, do CNS/MS, é a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente. Esta pesquisa, por não fazer uso de procedimentos cirúrgicos, uso de medicamentos, coletas biológicas ou tratamentos químicos, é considerada de risco mínimo para o participante. Caso se sinta prejudicado(a) ou desrespeitado(a), poderá, conforme o termo de consentimento livre e esclarecido, retirar a participação da pesquisa a qualquer momento, ou, obter todas as informações que se fizerem necessárias junto à pesquisadora.

O(A) senhor(a) não receberá nenhum benefício direto. Não haverá despesas pessoais para o(a) senhor(a) em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Esclarecimento de dúvidas. O(A) senhor(a) pode fazer todas as perguntas que julgar necessárias durante e após o estudo e terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Enfermeira Ana Tucunduva Cardoso que poderá ser contatada pelo telefone (11) 982625495 e pelo e-mail atucunduva@gmail.com.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, São Paulo – SP, (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539.7162 – e-mail: cepunifesp@epm.br, e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição coparticipante o Hospital do Servidor Público Estadual – Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – Rua Pedro de Toledo, 1800 - 14º andar, ala central – sala 01, São Paulo – SP, (11) 4573-8000.

A qualquer momento você poderá pedir os esclarecimentos que achar necessário à pesquisadora.

Garantia de sigilo e privacidade. As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer informação divulgada em relatório ou publicação será feita sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. A pesquisadora garante que seu nome não será divulgado em hipótese alguma. Fica assegurado também o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. Os resultados poderão ser publicados em eventos científicos, periódicos, livros, sendo garantido o sigilo à sua identificação e a dos demais participantes.

Participação voluntária. A sua participação neste estudo é voluntária e o(a) senhor(a) terá plena e total liberdade para desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo. É garantida a liberdade da retirada do seu consentimento a qualquer momento durante a pesquisa.

Eu, _____, acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li, descrevendo o estudo “Análise da Cultura da Segurança do Paciente na percepção de profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo”. Eu concordo em participar desta pesquisa de forma livre e esclarecida, ficando claros os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas pessoais e que não haverá compensação financeira

relacionada à minha participação, e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Declaro também não possuir nenhum grau de dependência profissional ou educacional com os pesquisadores envolvidos nesse projeto (ou seja, os pesquisadores desse projeto não podem me prejudicar de modo algum no trabalho ou nos estudos), não me sentindo pressionado(a) de nenhum modo a permitir a minha participação nessa pesquisa.

O TCLE está sendo disponibilizado em **duas vias originais**, sendo uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador.

São Paulo, _____ de _____ de 2016.

<p>Nome: _____</p> <p>Assinatura do participante/responsável: _____</p>	<p>Data</p> <p>____/____/____</p>
---	-----------------------------------

<p>Nome: _____</p> <p>Assinatura do pesquisador: _____</p>	<p>Data</p> <p>____/____/____</p>
--	-----------------------------------

APÊNDICE II

Instrumento de Coleta de Dados

Cultura da Segurança do Paciente

Dados de Caracterização

Idade: _____ Sexo: [] masculino [] feminino
 E-mail: _____
 Profissão: _____ ano conclusão graduação: _____
 Especialização: _____ ano de conclusão: _____
 Mestrado: _____ ano de conclusão: _____
 Doutorado: _____ ano de conclusão: _____
 Tempo de atuação no HSPE:
 () 3 meses a 2 anos () 6 a 10 anos () 16 a 20 anos
 () 3 a 5 anos () 11 a 15 anos () mais de 21 anos

Instruções para responder ao instrumento

O objetivo deste instrumento é averiguar a sua opinião sobre a **Cultura da Segurança do Paciente**. Note que não existe resposta certa ou errada, o importante é conhecer a sua opinião. Sua resposta é de enorme importância para o desenvolvimento deste estudo.

Leia cuidadosamente cada afirmação e escolha apenas uma alternativa de resposta que deve ser aquela que mais represente sua opinião.

As opções são: **CONCORDO PLENAMENTE:** Você concorda totalmente com a asserção.
INCLINADO A CONCORDAR: Você tende a concordar com a asserção.
INCLINADO A DISCORDAR: Você tende a discordar com a asserção.
DISCORDO PLENAMENTE: Você discorda totalmente da asserção.

É necessário que você responda todas as asserções do instrumento para que ele possa ter validade. Se alguma das assertivas não for assinalada, ela não poderá ser considerada. Agradecemos muito a sua colaboração.

Assertivas	Concordo plenamente	Inclinado a concordar	Inclinado a discordar	Discordo plenamente
1. Nesta Instituição é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.				
2. Eu tenho o apoio que necessito dos outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.				
3. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.				
4. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.				
5. Nesta Instituição, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).				
6. É fácil para os profissionais que atuam nesta unidade fazerem perguntas, quando existe algo que eles não entendem.				
7. Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui como paciente.				
8. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente.				
9. Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho.				
10. Sou encorajado(a) pelos meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.				
11. Nesta Instituição, é difícil discutir sobre erros.				
12. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas no ambiente de trabalho.				
13. A cultura nesta Instituição torna fácil aprender com os erros dos outros.				
14. Eu relato ao meu supervisor/ chefe a ocorrência de erro, engano ou falha, quando é percebido e corrigido antes de afetar o paciente.				

Assertivas	Concordo plenamente	Inclinado a concordar	Inclinado a discordar	Discordo plenamente
15. A direção do hospital apoia meus esforços diários.				
16. Eu gosto do meu trabalho.				
17. Nesta Unidade o número de profissionais é suficiente para dar conta da carga de trabalho.				
18. Eu vivencio boa colaboração com outras categorias profissionais, no trabalho em equipe.				
19. O meu supervisor/chefe leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da Segurança do Paciente.				
20. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado.				
21. As ações da direção do hospital demonstram que a Segurança do Paciente é a principal prioridade.				
22. Nesta Unidade, os pacientes e familiares são envolvidos na Segurança do Paciente.				
23. Este é um bom lugar para trabalhar.				
24. Nesta Unidade a qualificação dos profissionais é suficiente para prestar o cuidado para o número de pacientes.				
25. Nesta Unidade, as pessoas apoiam umas as outras.				
26. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.				
27. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a Segurança do Paciente.				
28. Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas relacionados a assistência ao paciente, sejam registrados em suas fichas funcionais.				
29. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta Unidade.				
30. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas e hostis.				
31. O hospital promove processos de capacitação de profissionais e equipes de saúde em Segurança do Paciente.				
32. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma Unidade para outra.				
33. O cansaço prejudica meu desempenho nas situações de emergência (ex: parada cardiorrespiratória, convulsões).				
34. Falhas na comunicação que levam a atrasos, enganos ou falhas no atendimento são comuns.				
35. A direção do hospital só parece interessada na Segurança do Paciente quando ocorre algum evento adverso.				
36. Quando um evento adverso é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.				
37. Nesta Unidade, os estagiários são adequadamente supervisionados.				
38. Os profissionais envolvidos no cuidado assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.				
39. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.				
40. A direção do hospital proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da Segurança do Paciente.				
41. Nesta Unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.				
42. Eu relato ao meu supervisor/ chefe a ocorrência de erro, engano ou falha que poderia causar dano ao paciente, mas não causou.				

Use o espaço abaixo para expressar sua opinião sobre outros aspectos da **Cultura da Segurança do Paciente**. Sinta-se à vontade para escrever algum comentário sobre este tema:

OBRIGADA POR SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE III

ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO

Título do projeto: “Análise da cultura da Segurança do Paciente na percepção de profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo”

Pesquisadora: Ana Tucunduva Cardoso

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit (UNIFESP)

Dados de Caracterização

Idade: _____

Sexo: [] masculino [] feminino

Profissão: _____

Ano conclusão graduação/ técnico: _____

Sector: _____

Instruções para responder ao instrumento

O objetivo deste instrumento é consolidar e/ou ampliar o entendimento sobre a **Cultura da Segurança do Paciente** na pesquisa realizada. Note que não existe resposta certa ou errada, o importante é conhecer a sua opinião. Sua resposta é de enorme importância para o desenvolvimento deste estudo.

- 1- Na sua opinião, quais são as potencialidades acerca da Cultura da Segurança do Paciente nesta instituição?

- 2- Na sua opinião, quais são as fragilidades acerca da Cultura da Segurança do Paciente nesta instituição?

- 3- Na sua opinião, quais competências (conhecimento, habilidade, atitude) o profissional de saúde precisa desenvolver para a Cultura da Segurança do Paciente?

Conhecimento	Habilidade	Atitude
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sugestões para desenvolver a **Cultura a segurança do paciente** nos profissionais de saúde:

OBRIGADA!

APÊNDICE III

PRODUTO DE INTERVENÇÃO NA PRÁTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MODALIDADE PROFISSIONAL

2018

**PRODUTO DE INTERVENÇÃO NA
PRÁTICA**

Programa de educação permanente de profissionais
de saúde em segurança do paciente.

ANA TUCUNDUVA CARDOSO

**ROSANA APARECIDA
SALVADOR ROSSIT**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO
CEDESS/UNIFESP
SÃO PAULO-SP**

ANA TUCUNDUVA CARDOSO

PRODUTO DE INTERVENÇÃO NA PRÁTICA:

Programa de educação permanente de profissionais de saúde
em segurança do paciente.

Produto Técnico-Educacional da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Rosana Aparecida Salvador Rossit

SÃO PAULO-SP

2018

ANA TUCUNDUVA CARDOSO

PRODUTO DE INTERVENÇÃO NA PRÁTICA:

produto técnico-educativo para a educação permanente de profissionais de saúde em
segurança do paciente.

São Paulo, 21 de maio de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Rosana Aparecida Salvador Rossit
Presidente da Banca

Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Oliveira Freitas

Prof^ª. Dr^ª. Gizelda Monteiro da Silva

Prof^ª. Dr^ª. Ieda Aparecida Carneiro

RESUMO

A Cultura da segurança é um 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. O objetivo deste produto técnico-educativo é desenvolver um programa de formação e desenvolvimento profissional com estratégias gerenciais e educativas, com a finalidade de disseminar sistematicamente e sustentar a cultura da segurança do paciente. Espera-se que esse produto seja capaz de proporcionar nos profissionais de saúde conhecimento funcional em segurança do paciente e em áreas correlatas, e reforçar as competências relacionadas à segurança.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	136
INTRODUÇÃO	137
MÉTODO.....	141
O QUE A PESQUISA APONTA.....	143
DESCRIÇÃO E APRESENTAÇÃO DO PRODUTO.....	145
REFERÊNCIAS	150

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Planejamento Estratégico para a disseminação da Cultura da Segurança do Paciente, 2018.	145
Quadro 2 – Plano educativo para sensibilização dos profissionais em segurança do paciente. 2018.	146
Quadro 3 – Plano educativo para desenvolvimento da competência “liderança”. 2018. ..	146
Quadro 4 – Plano educativo para desenvolvimento da competência “comunicação”. 2018.....	147
Quadro 5 – Plano educativo para desenvolvimento da competência “trabalho em equipe”. 2018.	147
Quadro 6 – Plano educativo para desenvolvimento da competência “cuidado centrado no paciente”. 2018.	148
Quadro 7 – Plano educativo para capacitação das ferramentas da qualidade. 2018.....	148

APRESENTAÇÃO

Esse produto surgiu do desenvolvimento da pesquisa “Análise da Cultura da Segurança do Paciente: Percepção de Profissionais de Saúde de um Hospital da Cidade de São Paulo” para a dissertação do Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo. Apresenta o referencial teórico sobre a cultura da segurança do paciente e um Programa técnico-educativo que tem como objetivo apresentar as competências que os profissionais de saúde devem desenvolver nos processos do cuidado no que se refere a cultura da segurança dos pacientes. O Programa de Educação Permanente em saúde propõe ações educativas que possibilitarão aos profissionais de saúde, vivenciar temáticas relacionadas à cultura da segurança do paciente no sentido de sensibilizá-los e prepará-los para minimizar, monitorar e avaliar os eventos adversos ocorridos na Instituição.

INTRODUÇÃO

O presente estudo adotou como tema central a Cultura da Segurança do Paciente. A Segurança do Paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013). A Cultura da segurança é um 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 (BRASIL, 2013).

Com a finalidade de conhecer a Cultura da Segurança do Paciente, levantou-se as seguintes questões de pesquisa:

- Os profissionais de saúde estão preparados para identificar os riscos e atuar no sentido de preveni-los?
- Como os profissionais de saúde percebem a relevância da segurança do paciente?
- Quais/como as estratégias são implementadas na instituição hospitalar para desenvolver a cultura da segurança do paciente?
- Quais competências os profissionais de saúde devem desenvolver nos processos do cuidado no que se refere a cultura da segurança dos pacientes?
- Como são monitorados e avaliados os eventos, na instituição estudada, e quais são as ações educativas utilizadas para capacitar os profissionais?

A pesquisa realizada teve como objetivo analisar a percepção dos profissionais de saúde de um hospital de grande porte da cidade de São Paulo em relação a Cultura da Segurança do Paciente, e como objetivos específicos:

- Mapear, nos protocolos das unidades estudadas, as estratégias definidas e implementadas para o desenvolvimento da Segurança do Paciente;
- Identificar a percepção dos profissionais sobre a cultura da segurança do paciente, as potencialidades e fragilidades acerca da cultura de segurança do paciente na instituição;
- Identificar as competências necessárias do profissional de saúde para a Cultura da Segurança do Paciente.
- Desenvolver um produto técnico-educativo para a educação permanente de profissionais de saúde com vistas a proporcionar conhecimento funcional em segurança do paciente e em áreas correlatas, e reforçar as competências relacionadas à segurança.

Para uma aproximação com o objeto do estudo e para o alcance dos objetivos propostos, esta pesquisa foi embasada em quatro marcos teóricos:

1 Educação permanente em saúde e o desenvolvimento de competências profissionais.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004).

Ceccim (2005) defende que dentre os elementos analisadores para pensar/providenciar a Educação Permanente em Saúde está a construção de novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico. Nesta vertente, a educação permanente em saúde interpõe uma reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão.

A educação permanente consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Em saúde, o desenvolvimento de competências apresenta-se como uma nova perspectiva para a formação dos profissionais da área, não só por incentivar a reflexão crítica, mas por ser capaz de responder às exigências impostas pelo atual cenário de mudanças sociais e favorecer o desenvolvimento da cidadania. O perfil de competências desejado aos profissionais da saúde considera o conhecimento técnico especializado, as habilidades e as atitudes a serem desenvolvidas, capazes de responder a necessidades e demandas de saúde da população em situações concretas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

2 Educação interprofissional

Segundo a *World Health Organization* (2010) a Educação interprofissional (EIP) ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde.

A prática colaborativa constitui-se em um instrumento poderoso para garantir a segurança do paciente, ao possibilitar uma comunicação produtiva entre os profissionais, pela diminuição da hierarquia, aumento da possibilidade de escuta e atenção compartilhada para as necessidades das pessoas no processo de saúde-doença (BRASIL, 2018).

Ainda segundo a WHO (2010) a prática colaborativa pode melhorar a assistência e a segurança dos pacientes, uma vez que pode reduzir o número de complicações de pacientes, a duração da internação, a tensão e o conflito entre os prestadores de assistência, a rotatividade

de profissionais, o número de internações, as taxas de erros médicos e as taxas de mortalidade.

3 Segurança do paciente.

O tema segurança do paciente ganhou relevância mundial a partir da publicação, em 1999, do relatório ‘Errar é Humano’ do *Institute of Medicine*, o qual demonstrou que em hospitais dos Estados Unidos, cerca de 44 mil a 98 mil pessoas morrem a cada ano, devido a erros associados à assistência à saúde que poderiam ser evitados (BRASIL, 2014; (KOHN *et al.*, 2000).

Conforme descrito por Kohn *et al.* (2000), comumente, erros são causados por sistemas defeituosos, processos e condições que levam as pessoas a cometer erros ou a não conseguir impedi-los. O movimento moderno de segurança do paciente substitui o jogo da culpa e da vergonha por uma abordagem conhecida como pensamento sistêmico (WACHTER, 2013). O ato de notificar erros pode ser um componente útil em esforços mais amplos para descobrir problemas e engajar os colaboradores da linha de frente. Os erros devem ser analisados de forma a gerar o máximo aprendizado institucional e a estimular as mudanças necessárias.

4 Formação profissional relacionada à segurança do paciente.

Acerca da formação de profissionais de saúde nas escolas do Brasil, a inserção e a tentativa de unificação dos conteúdos sobre segurança do paciente é uma proposição recente como parte dos objetivos escolares (BOHOMOL, FREITAS e CUNHA, 2016). Em dezembro de 2017, novos princípios foram incorporados às DCN de todos os cursos de graduação na área da saúde, os quais deverão compor o perfil dos egressos desses cursos (BRASIL, 2018).

Um grande avanço observado nas proposições da Resolução nº 569/2017 é a inserção do tema Segurança do Paciente. A referida resolução considera que os futuros profissionais da área de saúde devam estar preparados a reconhecer e intervir positivamente nos riscos existentes na prestação de serviços de saúde, considerando que sua ação é fator importante na prevenção de agravos relacionados ao cuidado em saúde.

As novas DCN de 2017 considera, ainda, no que diz a segurança do paciente, que a formação na área da saúde requer, entre outros aspectos, a inovação das propostas pedagógicas, incluindo explicitação dos cenários de práticas e dos compromissos com a integralidade, a interprofissionalidade, o gerenciamento dos riscos, a prevenção de erros e a

produção de conhecimentos socialmente relevantes. Com vistas ao alcance das competências profissionais almeçadas, recomenda-se a utilização de metodologias participativas capazes de proporcionar espaços de diálogo e reflexão sobre temas diversos e promover a criticidade de todos os envolvidos nesse processo, possibilitando também que os profissionais da saúde desenvolvam habilidades e atitudes para uma atuação mais segura e proponham medidas para reduzir os riscos e eventos adversos, tendo em vista as interfaces críticas existentes no sistema (BRASIL, 2018).

Conforme descrito por Rosa (2018), Ulhoa comenta que para garantir a segurança do paciente cinco alertas são essenciais: capacitação constante de todos os profissionais; gestão envolvida no processo; oferecimento de diretrizes que orientem a conduta médica e assistencial por meio da implantação e implementação dos protocolos; corresponsabilidade do paciente; e trabalho em equipe promovendo inovações e mantendo o compromisso (p.16).

Promover a cultura de segurança implica estabelecer um conjunto de intervenções enraizadas nos princípios da liderança, do trabalho em equipe e na mudança de comportamento.

Com a finalidade de disseminar sistematicamente e sustentar a cultura da segurança do paciente, desenvolveu-se um programa de formação e desenvolvimento profissional com estratégias gerenciais e educativas.

MÉTODO

Considerando o tema “Cultura da Segurança do Paciente” e os objetivos propostos, optou-se por uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa desenvolvida por meio de estudo de caso. Constituiu-se como cenário desta pesquisa uma instituição hospitalar de grande porte no município de São Paulo. A pesquisa foi realizada em quatro unidades de terapia intensiva: UTI Geral Adulta, Unidade Coronariana, UTI Pediátrica e UTI Neonatal. Participaram do estudo 150 profissionais de saúde, de nível superior e técnico, integrantes de equipes multidisciplinares, que atuavam nas unidades de terapia intensiva na função por mais de três meses. Para a etapa da entrevista participou uma amostra aleatória de nove profissionais dentre os respondentes da escala atitudinal do tipo Likert.

Elaborou-se um instrumento a partir de uma versão adaptada e ampliada, composta por 42 assertivas em Escala tipo Likert de quatro pontos (Concordo plenamente, Inclinado a concordar, Inclinado a discordar e Discordo plenamente) e espaço aberto para analisar a percepção dos profissionais sobre a cultura da segurança do paciente. As dimensões foram nomeadas a partir de uma breve análise de conteúdo das assertivas: **Dimensão 1** – Processo de Cuidado, composta por 10 asserções; **Dimensão 2** – Gestão e Segurança do Paciente, composta por 08 asserções; **Dimensão 3** – Atitudes Frente ao Erro, composta por 03 asserções; **Dimensão 4** – Fatores Pessoais que Predispõem ao Erro, composta por 06 asserções; **Dimensão 5** – Gerenciamento de Profissionais, composta por 04 asserções; **Dimensão 6** – Reconhecimento Institucional, composta por 04 asserções; **Dimensão 7** – Erros e suas Consequências, composta por 03 asserções; e **Dimensão 8** – Trabalho em Equipe, composta por 04 asserções. As asserções foram randomizadas para a sua aplicação.

Um questionário com perguntas abertas foi elaborado a partir da etapa anterior, para consolidar e/ou ampliar o entendimento sobre o objeto de estudo, com vistas a identificar, sob a perspectiva dos profissionais, as potencialidades e as fragilidades acerca da Cultura da Segurança do Paciente na instituição, e quais competências (conhecimento, habilidade e atitude) o profissional de saúde precisa para desenvolver a Cultura da Segurança do Paciente.

A fim de conhecer quais e como as estratégias para desenvolver a cultura da segurança do paciente são implementadas na instituição hospitalar, foi realizada uma análise documental de protocolos, normas e rotinas institucionais, sobre segurança do paciente, em documentos institucionais, estabelecidos nas unidades pesquisadas.

As informações do instrumento Likert foram analisadas estatisticamente. Para a interpretação das percepções foi calculado a média da pontuação para cada assertiva e posteriormente a análise por dimensão. A pontuação com as médias das respostas foi dividida em três zonas e classificadas como: de 1 a 1,99 pontos – zona de perigo, ou seja, a percepção do objeto é negativa, sendo necessária uma intervenção em curto prazo, em caráter de urgência; de 2 a 2,99 – zona de alerta, ou seja, a percepção do objeto pesquisado demanda mudanças sem caráter de urgência; de 3 a 4,0 pontos – zona de conforto, ou seja, a percepção do objeto é positiva, denotando êxito naquilo que estava sendo pesquisado (FERREIRA, BATISTA e BATISTA, 2013; PEREGO e BATISTA, 2016).

A partir dos resultados provenientes da escala atitudinal do tipo Likert, foi realizado o questionário direcionado com uma amostra aleatória dos respondentes do instrumento tipo Likert, totalizando nove participantes.

Os textos redigidos no espaço aberto do instrumento tipo likert e no questionário foram analisados utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática.

A fim de desenvolver o programa de formação e desenvolvimento profissional com estratégias gerenciais e educativas capazes de disseminar sistematicamente e sustentar a cultura da segurança do paciente, partiu-se da definição de um planejamento estratégico para orientar as ações.

O planejamento estratégico foi construído nas perspectivas do cliente interno, do cliente externo, dos processos internos e do conhecimento e aprendizagem.

A partir do planejamento estratégico, desenvolveu-se um produto técnico-educativo para a educação permanente de profissionais de saúde com vistas a proporcionar conhecimento funcional em segurança do paciente e reforçar as competências relacionadas à segurança. Os programas de treinamento implementados nesse estudo enfatizam quatro competências principais: a liderança, a comunicação, o trabalho em equipe, e o cuidado centrado no paciente. Para introdução ao programa de desenvolvimento, define-se, como etapa inicial, atividades para a sensibilização dos profissionais acerca do tema segurança do paciente, de forma a despertar e provocar uma condição favorável para as etapas seguintes. Como etapa final, propõe-se a abordagem das ferramentas da qualidade, favorecendo a aplicabilidade das ações gerenciais voltadas a segurança do paciente.

Para o desenvolvimento das competências, privilegiou-se o uso das metodologias ativas.

O QUE A PESQUISA APONTA

A partir da análise dos resultados foi possível evidenciar que a percepção dos profissionais acerca da Cultura da Segurança do Paciente, na instituição estudada, está em situação de alerta e necessita de intervenções a curto e médio prazo.

No que diz aos protocolos institucionais relacionados a segurança do paciente o hospital tem instituído alguns Procedimentos Operacionais Padrão – POP, tais como Prevenção de Queda do Paciente Adulto Internado, Condutas de Enfermagem na Ocorrência de Queda do Paciente Adulto Internado, Identificação do Paciente a Beira Leito, Identificação do Paciente Adulto e Pediátrico, e Protocolo de Enfermagem Prevenção Úlcera por Pressão, contudo, observa-se a pouca produção de documentos oficialmente publicados sobre ações para a segurança do paciente, não atendendo, minimamente, todos os protocolos básicos definidos pela OMS, conforme determinado pela legislação nacional vigente.

Em relação a análise do instrumento tipo Likert, observou-se que 12% das assertivas encontram-se em zona de perigo, 69% em zona de alerta e 19% em zona de conforto.

Chama a atenção a cultura do medo enraizada nos profissionais de saúde. Outro aspecto de relevância encontrado é a percepção do profissional acerca do pouco envolvimento da alta direção na promoção de estratégias para a segurança do paciente, compreendida a partir da atitude reativa adotada frente aos eventos identificados, da ausência de medidas preventivas e da gestão de riscos. Dessa forma, a instituição deixa de utilizar os eventos como fontes de informações capazes de promover a aprendizagem e a maturidade gerencial.

Ressalta-se também a fragilidade evidenciada nos processos de comunicação, no que concerne às transferências dos pacientes e/ou troca de turnos e equipes, o que impacta na continuidade da assistência. A falta de envolvimento do paciente nas questões de segurança do paciente, foi também um dos resultados encontrados.

Os profissionais identificaram, como fator de risco para o cometimento de erros no cuidado em saúde, o cansaço físico, a carga de trabalho excessiva e as situações de tensão. O trabalho em equipe foi outro aspecto identificado em zona de atenção, no que refere a falta de comprometimento da equipe com a colaboração interprofissional.

Observou-se que os profissionais identificaram como potencialidade da instituição a possibilidades de treinamentos, contudo, o mesmo tópico foi apontado como uma fragilidade, no que diz a capacitação e desenvolvimento dos profissionais acerca da segurança do paciente, bem como a ausência de estratégias capazes de fomentar a cultura da segurança do paciente.

Quanto aos aspectos positivos e as potencialidades institucionais, observa-se o sentimento de apoio entre os membros das equipes, a divulgação dos alertas sanitários às interfaces interessadas, os recursos disponíveis, as possibilidades de treinamentos e o interesse em promover a segurança do paciente.

No que diz as competências profissionais necessárias para a segurança do paciente, observa-se uma dificuldade na compreensão dos participantes acerca do assunto.

De maneira geral pode-se perceber que a satisfação do profissional com seu ambiente de trabalho influi na percepção dele quanto a cultura da segurança do paciente.

Acredita-se que essa pesquisa poderá trazer benefícios aos pacientes, profissionais, instituição hospitalar e ao sistema de saúde, pois conhecer a percepção dos profissionais de saúde do hospital sobre a cultura da segurança do paciente e procedimentos adotados por profissionais de saúde fornecem indicadores sobre a segurança do paciente.

Como produto final deste estudo elaborou-se um programa de educação permanente de profissionais de saúde, com vistas a proporcionar conhecimento funcional em segurança do paciente e em áreas correlatas, reforçar as competências relacionadas à segurança e desenvolver a Cultura da Segurança do Paciente nos processos de trabalho.

Conclui-se que reconhecer a importância e o impacto da cultura da segurança do paciente nas organizações de saúde é imperativo para desenvolver qualquer tipo de programa de segurança.

DESCRIÇÃO E APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

O Planejamento Estratégico tem como objetivo fornecer subsídios às ações gerenciais voltadas a Cultura da Segurança do Paciente.

Quadro 1 – Planejamento Estratégico para a disseminação da Cultura da Segurança do Paciente, 2018.

Perspectiva	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Cliente Interno	Promover o trabalho interprofissional	<ul style="list-style-type: none"> – Conectar a alta liderança com os colaboradores da linha de frente; – Favorecer o trabalho interprofissional por meio de práticas colaborativas
Cliente Externo	Assegurar a qualidade da assistência	<ul style="list-style-type: none"> – Envolver o paciente e familiares nas ações de segurança do paciente
	Estabelecer sistemática de comunicação de incidentes.	<ul style="list-style-type: none"> – Adotar uma política de comunicação dos incidentes ocorridos aos pacientes e famílias (<i>Disclosure</i>); – Envolver os pacientes, familiares e responsáveis nas investigações dos incidentes.
	Assegurar a comunicação eficaz	<ul style="list-style-type: none"> – Estabelecer política de consentimento informado; – Proporcionar canais de comunicação para envolver os pacientes como parceiros integrais em todos os aspetos da organização; – Divulgar materiais comunicativos tipo <i>folder</i> que orientem o paciente a fazer perguntas que são estratégicas no processo de assistência à saúde
Processos Internos	Padronizar os Processos de trabalho;	<ul style="list-style-type: none"> – Atender as normas e legislações vigentes por meio da implantação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente do MS corresponde às metas internacionais de segurança do paciente; – Implantar protocolos institucionais, oficialmente publicados, a partir de práticas baseadas em evidências; – Implantar listas de verificação (<i>checklists</i>) para garantir a adesão a processos fundamentais de cuidado. – Desenvolver, compilar e qualificar ferramentas que apoiem atividades voltadas para a Segurança do Paciente;
	Assegurar a comunicação sistêmica;	<ul style="list-style-type: none"> – Promover a integração da informação;
	Estabelecer a gestão de riscos	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar os riscos associados aos processos de trabalho; – Definir ações para prevenção/ barreiras, detecção e mitigação dos eventos adversos.
	Melhorar o Gerenciamento de Riscos/ Eventos Adversos	<ul style="list-style-type: none"> – Fortalecer os sistemas de notificação voluntária de eventos; – Implantar sistema de rastreamento de eventos; – Implantar ferramentas para análise crítica dos eventos; – Implantar sistemática para retorno às unidades notificantes; – Estabelecer planos de ação para a redução de incidentes relatados.
	Monitorar os processos de trabalho com foco na segurança do paciente	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar auditorias internas; – Realizar periodicamente avaliação da cultura da segurança por meio de instrumentos validados. – Monitorar indicadores.
	Estabelecer política de comunicação de eventos com foco nas mídias pró-ativa;	<ul style="list-style-type: none"> – Assegurar a imagem e os valores institucionais; – Prevenir a judicialização.
Conhecimento e Aprendizagem	Promover o preparo e o desenvolvimento da equipe em segurança do paciente	<ul style="list-style-type: none"> – Desenvolver as competências para um cuidado seguro; – Instrumentalizar os profissionais por meio de ferramentas gerenciais para promover e monitorar a segurança do paciente.

A seguir, apresentam-se os planos educativos para a sensibilização dos profissionais e o desenvolvimento das competências para a segurança do paciente.

Quadro 2 – Plano educativo para sensibilização dos profissionais em segurança do paciente. 2018.

Tema: SEGURANÇA DO PACIENTE			
Objetivo	Público Alvo	Estratégia	Resultado Esperado
- Sensibilizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; - Compreender as ações necessárias para o fortalecimento de sistemas de segurança do paciente.	Equipe interprofissional de saúde, gestores e profissionais das áreas de serviços de apoio (higienização, suprimentos, administrativo, engenharia, manutenção, etc).	1-Campanhas institucionais 2- Dinâmicas 3- Brainstorming 4- Simulação realística	Profissionais conscientes acerca da cultura da segurança do paciente; Saber identificar problemas relacionados a segurança do paciente, melhorar o processo de cuidado ao paciente, prestar um cuidado mais seguro e ser proativo.
- Orientar pacientes e familiares sobre como podem contribuir para que a sua saúde e segurança não sejam colocadas em risco no hospital.	Pacientes Familiares/ Acompanhantes	1- Cartilhas educativas 2- Vídeos institucionais	Pacientes e familiares/acompanhantes conscientes acerca da segurança do paciente, sobre os procedimentos aos quais serão submetidos e como podem se proteger; Pacientes e familiares/acompanhantes participando nas tomadas de decisão.

Quadro 3 – Plano educativo para desenvolvimento da competência “liderança”. 2018.

Tema: LIDERANÇA			
Objetivo	Público Alvo	Estratégia	Resultado Esperado
- Capacitar os profissionais para a disseminação de boas práticas e para a resolução de conflitos	Equipe interprofissional de saúde e gestores.	1- Estudo de caso 2- Testes de substituição de papeis	Líderes sensibilizados sobre a necessidade de cuidados de saúde mais seguros Habilidade de conduzir e gerir pessoas, profissionais e equipes a alcançar, com eficácia, os resultados almejados no ambiente organizacional, com foco na segurança do paciente Desenvolvimento do pensamento crítico para a tomada de decisões

Quadro 4 – Plano educativo para desenvolvimento da competência “comunicação”. 2018.

Tema: COMUNICAÇÃO			
Objetivo	Público Alvo	Estratégia	Resultado Esperado
<p>- Capacitar a equipe para uma adequada comunicação entre os profissionais, utilizando estratégias que facilitem a compreensão das mensagens;</p> <p>- Capacitar a equipe para aprimorar a comunicação com o paciente e acompanhante, garantindo a participação destes no processo do cuidado;</p> <p>- Promover a comunicação dos incidentes ocorridos aos pacientes e famílias (<i>disclosure</i>).</p>	Equipe interprofissional de saúde e gestores.	<p>Discussão de vídeo. Simulação prática utilizando a metodologia de padronização de informações sobre o paciente SBAR (situação, <i>background</i>, avaliação e recomendação): situação corresponde ao enunciado conciso do problema; <i>background</i>, à informação pertinente e breve acerca da situação/problema; avaliação, à análise e opções de resolução/ encaminhamento e recomendação à ação necessária/ recomendada.</p>	<p>Uso dos instrumentos de comunicação de maneira efetiva. Criar um canal de comunicação efetiva entre os diferentes níveis hierárquicos</p> <p>Profissionais capazes de questionar o paciente sobre seus objetivos e escutar quando surgem perguntas do paciente sobre o cuidado que está sendo dado.</p>

Quadro 5 – Plano educativo para desenvolvimento da competência “trabalho em equipe”. 2018.

Tema: TRABALHO EM EQUIPE			
Objetivo	Público Alvo	Estratégia	Resultado Esperado
<p>- Exercitar o papel do trabalho em equipe e da interprofissionalidade diante da qualidade e segurança do paciente;</p> <p>- Facilitar o uso na prática das habilidades de trabalho em equipes aprendidas.</p>	Equipe interprofissional de saúde e gestores.	<p>Discussões de cenários baseados em casos práticos, realizados em pequenos grupos e com facilitadores.</p> <p>- Roda de conversa guiada por um roteiro;</p> <p>- Prática monitorada: análise de causa raiz de um incidente.</p> <p>- Técnicas de negociação.</p>	<p>Ensinar e praticar a comunicação padronizada e os comportamentos em equipe;</p> <p>Criar e sustentar um sistema organizacional que apoie o trabalho em equipe.</p>

Quadro 6 – Plano educativo para desenvolvimento da competência “cuidado centrado no paciente”.
2018.

Tema: CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE			
Objetivo	Público Alvo	Estratégia	Resultado Esperado
Atender os pacientes de forma personalizada, de acordo com suas necessidades e valores.	Equipe interprofissional de saúde.	Simulação de realidade virtual; Telemedicina	Aprender novos procedimentos e atravessar a curva de aprendizado com menos riscos ao paciente; Profissionais atuando com foco no cliente nas decisões clínicas, operacionais e técnicas. Aprender a interagir com pacientes com educação em saúde insuficiente.

Quadro 7 – Plano educativo para capacitação das ferramentas da qualidade. 2018.

Tema: FERRAMENTAS DA QUALIDADE			
Objetivo	Público Alvo	Estratégia	Resultado Esperado
Utilizar as ferramentas da qualidade para o gerenciamento, identificação e análise dos riscos e eventos.	Equipe interprofissional de saúde e gestores.	Apresentação das diferentes ferramentas da qualidade: PDSA, BSC, Lean, FMEA, Protocolo de Londres, Ishikawa. Estudo de caso.	Profissionais capazes de utilizar as ferramentas da qualidade na promoção de uma assistência segura ao paciente e na disseminação da cultura da segurança do paciente; Planejamento da segurança do paciente, tomada de decisões estratégicas, execução de planos de ação. Profissionais com competências para executar Ciclos de Melhoria Contínua.

CONSIDERAÇÕES

A análise da Cultura da Segurança do Paciente mostrou-se como um elemento essencial nos esforços a serem empreendidos para a melhoria da segurança do paciente

A partir da análise dos resultados foi possível evidenciar que a percepção dos profissionais acerca da Cultura da Segurança do Paciente, na instituição estudada, está em situação de alerta e necessita de intervenções a curto e médio prazo.

Elaborou-se, a partir da pesquisa realizada, a etapa de planejamento de ações gerenciais e educativas para a disseminação da cultura da segurança do paciente. Espera-se que esse produto seja capaz de proporcionar aos profissionais de saúde conhecimento funcional em segurança do paciente e em áreas correlatas, e reforçar as competências relacionadas à segurança. Um novo estudo deve ser realizado para as etapas de execução das ações e avaliação dos resultados alcançados, a fim de completar o ciclo PDSA, ou seja, planejar-fazer-estudar-agir (*plan-do-study-act*) e propor ações de melhorias capazes de sustentar a cultura da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

BOHOMOL, E.; FREITAS, M.A.O.; CUNHA, I.C.K.O. Ensino da Segurança do Paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.20, ed.58. p. 727-741, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/1807-5762-icse-1807-576220150699.pdf>. Acesso em: 12 Jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529 de 1 de abril de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 20 Jan. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, nº 32/2004, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 jun. 2014. Disponível em: < <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>. Acesso em: 18 Abr. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 569 de 8 de dezembro de 2017. Anexo Parecer Técnico nº 300/2017 à Resolução nº 569, de 19 de Janeiro de 2018. Publicada DOU nº 38, seção 01, 26/02/2018, p. 85-90. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 01 Abr. 2018.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p.41-65, 2004. Acesso em: 12 Jun. 2017.

FERREIRA, B.J.; BATISTA, S.H.; BATISTA, N.A. **O Processo de ensino/aprendizagem no mestrado profissional** – MP - Norte: análise de uma experiência. IX Congresso Internacional sobre Investigación en Didáctica de las Ciencias. Girona. 2013, septiembre 9-12. p 1246-1251. Disponível em: <http://www.raco.cat/index.php/Ensenanza/article/view/307132/397112>. Acesso em: 12 Mar. 2018.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S.; MCKAY, T.; PIKE, K.C. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010;34(1):92-96. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf. Acesso em: 30 Mar. 2018.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MEIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.3, p.478-484, Sept., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jun. 2017.

PEREGO, M.G.; BATISTA, N.A. Aprendizagens Compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde. **Tempus, Actas De Saúde Colet**, Brasília, 10(4), 39-51, dez, 2016.

ROSA, T. A importância da gestão estadual na segurança do paciente. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. ano VIII, número 26 janeiro, fevereiro e março de 2018. p.14-22. Disponível em http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/02/CONSENSUS_26.pdf. Acesso em: 12 Abr. 2018.

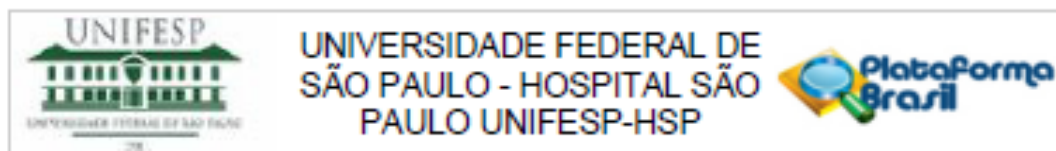
WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: **WHO**; 2010. Disponível em http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/ . Acesso em: 11 Jun. 2017.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2d. Porto Alegre: AMGH, 2013, 478p.

ANEXOS

ANEXO I

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da Cultura da Segurança do Paciente na percepção de profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo

Pesquisador: Ana Tucunduva Cardoso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58691116.7.0000.5505

Instituição Proponente: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.777.023

Apresentação do Projeto:

DADOS DO PARECER

No CEP: 1110/2016

Trata-se de respostas ao parecer CEP: 1.707.300

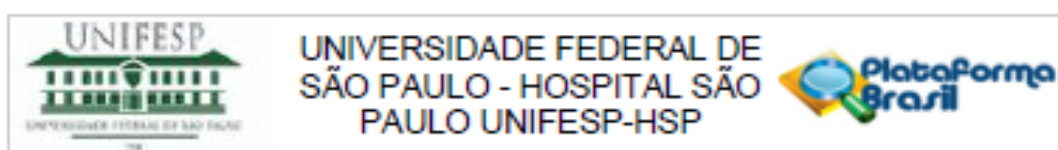
Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMARIO - Análisar a Cultura da Segurança do Paciente na percepção dos profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

conforme descrito no parecer inicial

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5530-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.777.023

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo vinculado ao PROGRAMA DE POS GRADUACAO DE MESTRADO EM ENSINO EM CIENCIAS DA SAUDE ? MODALIDADE PROFISSIONAL, pelo CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAUDE - CEDESS da Unifesp, Campus Sao Paulo, com orientacao da profa Rosana Aparecida Salvador Rossit

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentação de respostas às pendências apontadas no parecer inicial.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências Iniciais:

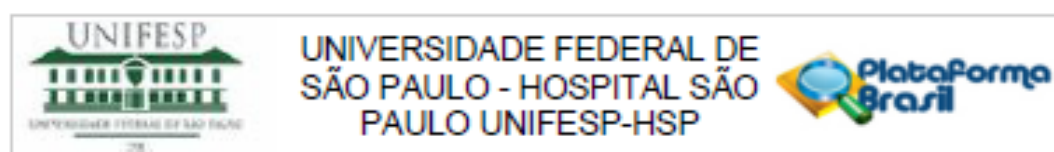
- 1) Incluir na plataforma brasil como Instituição CO-PARTICIPANTE O Hospital do Servidor Público Estadual (IAMSPE), uma vez que o estudo será realizado lá, e o CEP local poderá dar o seu parecer final.
- 2) TCLE apresentado adequadamente, mas faltou incluir também o contato do CEP Local (Hospital do Servidor Público Estadual (IAMSPE));
- 3) Corrigir no item "RISCOS" no projeto e no formulário da plataforma brasil
Rever a informação dada, no campo "Riscos", que indica que a pesquisa não pode causar riscos. Conforme orientação da CONEP, lembramos que qualquer pesquisa com seres humanos pode causar algum risco, por mínimo que seja. No que diz respeito a esta pesquisa, por exemplo, a possibilidade de quebra de sigilo das informações dos prontuários poderia se configurar como um risco para os participantes e instituições envolvidas.
- 4) Atenção a Legislação: adequar os campos em que é citada a Resolução Normativa 196/96, uma vez que esta resolução já foi revogada, estando em voga atualmente, a Resolução Normativa 466/12, do CNS/MS, que aprova as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos

r. atendimento às pendências realizado de forma adequada.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14			
Bairro: VILA CLEMENTINO	CEP: 04.023-061		
UF: SP	Município: SAO PAULO		
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7182	E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com	



Continuação do Parecer: 1.777.023

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_731982.pdf	27/09/2016 10:54:09		Aceito
Outros	Carta.doc	27/09/2016 10:51:55	Ana Tucunduva Cardoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_25_09_16.pdf	25/09/2016 18:49:05	Ana Tucunduva Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_25_09_16.pdf	25/09/2016 18:48:45	Ana Tucunduva Cardoso	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma.pdf	03/08/2016 21:40:23	Ana Tucunduva Cardoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_21_07_16.pdf	21/07/2016 09:56:48	Ana Tucunduva Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_Anuencia.pdf	20/07/2016 22:06:52	Ana Tucunduva Cardoso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 17 de Outubro de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-081
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1082 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com

ANEXO II

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Assistência Médica ao Servidor
Público Estadual

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA AO SERVIDOR
PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da Cultura da Segurança do Paciente na percepção de profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo

Pesquisador: Ana Tucunduva Cardoso

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58691116.7.3001.5463

Instituição Proponente: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.888.547

Apresentação do Projeto:

Análise da Cultura da Segurança do Paciente na percepção de profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo. Trata-se de pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa, desenvolvida a partir da aplicação de instrumento em Escala Likert e, se necessário, de entrevista de aprofundamento com profissionais de saúde de nível superior e técnicos de enfermagem que atuem em equipe multidisciplinar nas Unidades de Terapia Intensiva.

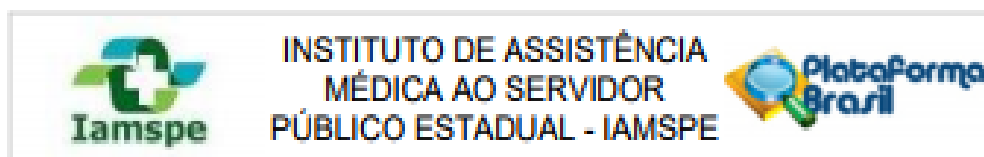
Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Analisar a Cultura da Segurança do Paciente na percepção dos profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo.

Objetivos Secundários:

- Mapear, nos protocolos institucionais, as estratégias definidas e implementadas para o desenvolvimento da Segurança do Paciente;
- Analisar os procedimentos adotados pela instituição e profissionais de saúde, quando ocorre um evento relacionado à Segurança do Paciente;
- Analisar a percepção dos profissionais de saúde em relação à adoção de estratégias da

Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800 - 14º andar - Ala central - Sala 01
 Bairro: Vila Clementino CEP: 04.039-004
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)4573-8175 Fax: (11)4573-8175 E-mail: ceptenape@iampspe.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 1.000.547

Segurança do Paciente;

- Identificar as competências necessárias do profissional de saúde para a Cultura da Segurança do Paciente;
- Levantar subsídios para elaboração de um programa de formação e desenvolvimento profissional que desenvolva e/ou fortaleça a Cultura da Segurança do Paciente nos processos de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Essa pesquisa, por não fazer uso de procedimentos cirúrgicos, uso de medicamentos, coletas biológicas ou tratamentos químicos, é considerada de risco mínimo aos profissionais de saúde. No caso de algum participante se sentir prejudicado ou desrespeitado, ele poderá, conforme o termo de consentimento livre e esclarecido, retirar sua participação da pesquisa a qualquer momento. Além disso, o pesquisador se colocará à disposição dos participantes para eventuais esclarecimentos e justificativas que se fizerem necessárias.

BENEFÍCIOS: Essa pesquisa poderá trazer benefícios aos pacientes, profissionais, instituição hospitalar e ao sistema de saúde, pois conhecer a percepção dos profissionais de saúde do hospital sobre a cultura da segurança do paciente e procedimentos adotados por profissionais de saúde fornecerá indicadores sobre a segurança do paciente, o que poderá instrumentalizar a pesquisadora para propor ações educativas em saúde por meio de programas de formação e desenvolvimento profissional no sentido de disseminar a cultura da segurança do paciente na instituição hospitalar estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem desenhada, o tema é interessante e os itens necessários estão todos adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Alguns documentos assinados, por problemas técnicos, não puderam ser inseridos na plataforma e encontram-se arquivados na secretaria do CEP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800 - 14º andar - Ala central - Sala 01
 Bairro: Vila Clementino CEP: 04039-004
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)4573-8175 Fax: (11)4573-8175 E-mail: cepiamspe@iamspe.sp.gov.br

ANEXO III

Carta de Anuência Institucional



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde
Mestrado Profissional



Carta de Anuência para Realização de Pesquisa no Hospital do Servidor Público Estadual

Autorizo a realização da pesquisa intitulada “Análise da cultura da Segurança do Paciente na percepção de profissionais de saúde de um hospital da cidade de São Paulo” a ser realizada no Hospital do Servidor Público Estadual – HSPE, nas unidades de terapia intensiva adulta, pediátrica e neonatal, pela Sra. Ana Tucunduva Cardoso, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, que está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob orientação da Profa. Dra Rosana Rossit.

Estou ciente que o objetivo principal da pesquisa é analisar a cultura da segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, através da aplicação de questionário em escala Likert com os profissionais integrantes da equipe multidisciplinar em saúde de nível superior e técnicos de enfermagem, que estejam de acordo com os termos da pesquisa e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e que o projeto de pesquisa será cadastrado na Plataforma Brasil e apreciado pelo Comitê de Ética da UNIFESP e do HSPE.

São Paulo, 20 de Junho de 2016.

Dr. Márcio Cidade Gomes

Diretor do Hospital do Servidor Público Estadual

São Paulo - SP

HSPE – HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL
Avenida Ibirapuera, 981
São Paulo, SP - (11) 4573- 8000

Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS
Rua Pedro de Toledo, 859 - CEP 04039-032 - São Paulo / Brasil

Tel./Fax: (11) 5576-4874
www.unifesp.br/centros/cedess